

AFR/RC46/15

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE**

***QUARANTE-SIXIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE
TENUE A BRAZZAVILLE
REPUBLIQUE DU CONGO
DU 4 AU 11 SEPTEMBRE 1996***

RAPPORT FINAL

**BRAZZAVILLE
Octobre 1996**

SOMMAIRE

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

Page

Décision 1	: Composition du Sous-Comité des Désignations	1
Décision 2	: Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs	1
Décision 3	: Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs	1
Décision 4	: Pouvoirs	2
Décision 5	: Choix du sujet des Discussions techniques pour 1997	2
Décision 6	: Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1997	2
Décision 7	: Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme	2
Décision 8	: Ordre du jour de la quarante-septième session du Comité régional	2
Décision 9	: Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé	2
Décision 10	: Méthode de travail et durée de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé	3
Décision 11	: Dates et lieux des quarante-septième et quarante-huitième sessions du Comité régional	3
Décision 12	: Désignation du Représentant de la Région africaine au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Comité d'Orientation et de Coordination	4

RESOLUTIONS

AFR/RC46/R1	Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999	5
AFR/RC46/R2	Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans la Région africaine	5
AFR/RC46/R3	Durée des sessions du Comité régional	7
AFR/RC46/R4	Santé et paix	7
AFR/RC46/R5	Motion de remerciements	8

PARTIE II

Paragraphes

OUVERTURE DE LA REUNION	1 - 38
DEROULEMENT DES TRAVAUX	39 - 45
ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR 1995 (documents AFR/RC46/3 et AFR/RC46/21)	46 - 142
CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE	143 - 155
Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC46/4)	144 - 151
Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC46/5)	152
Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC46/6)	153 - 155
ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE (suite) : EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC46/7)	156 - 207
Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999 (document AFR/RC46/2)	156 - 161
Stratégie de la lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans la Région africaine (document AFR/RC46/8)	162 - 182
Actualisation de la stratégie de la santé pour tous dans la Région africaine (document AFR/RC46/9)	183- 190
Examen de la mission et des fonctions de l'OMS (document AFR/RC46/20)	191 - 200
Création du Centre régional africain de la Santé et de l'Environnement (document AFR/RC46/10)	201 - 205
Participation des Etats Membres au Sous-Comité du Programme	206 - 207
DISCUSSIONS TECHNIQUES (documents AFR/RC46/TD/1 et AFR/RC46/TD/2)	208 - 213
Présentation du Rapport des Discussions techniques (document AFR/RC46/11)	208 - 211
Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1997 (document AFR/RC46/12)	212
Choix du sujet des Discussions techniques de 1997	213

DATES ET LIEUX DE LA QUARANTE-SEPTIEME ET DE LA QUARANTE-HUITIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL EN 1997 ET 1998 (document AFR/RC46/14)	214 - 215
ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL	216
CLOTURE DE LA QUARANTE-SIXIEME SESSION DU COMITE REGIONAL	217 - 223

PARTIE III

ANNEXES

	<i>Page</i>
1. Liste des participants	31
2. Ordre du jour de la quarante-sixième session du Comité régional	43
3. Ordre du jour provisoire de la quarante-septième session du Comité régional	45
4. Rapport du Sous-Comité du Programme	47
5. Rapport de la réunion du Sous-Comité du Programme tenue le 9 septembre 1996	55
6. Rapport des Discussions techniques	57
7. Discours du Dr S. Mba Bekale, Ministre de la Santé publique et de la Population, Président sortant de la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique	61
8. Discours prononcé par le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique	62
9. Allocution de M. Robert R. Barth, Ancien Président du Rotary International, Administrateur de la Fondation Rotary	65
10(a) Allocution du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé	67
10(b) Déclaration du Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé	69
11. Allocution du Ministre de la Santé de la République du Congo ¹	74
12. Discours de Mme Torild Skard, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre	76
13. Déclaration du Dr O. J. Khatib, Représentant du Secrétaire général de l'OUA	78
14. Liste des documents	80

¹ Prononcée par M. A. Tsomambet, Ministre de la Recherche scientifique de la République du Congo.

PARTIE I

DECISIONS DE PROCEDURE

ET

RESOLUTIONS

DECISIONS DE PROCEDURE

Décision 1 : Composition du Sous-Comité des Désignations

Le Sous-Comité des Désignations s'est réuni le mercredi 4 septembre 1996 et était composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Burkina Faso, Cap-Vert, Ethiopie, Gabon, Ghana, Madagascar, Mali, Seychelles, Ouganda, Zaïre, Zambie et Zimbabwe. Le Sous-Comité a élu Monsieur Jacquelin Dugasse, Ministre de la Santé des Seychelles, Président.

Deuxième séance, 4 septembre 1996

Décision 2 : Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

Après avoir examiné le rapport du Sous-Comité des Désignations et conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC23/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité le bureau suivant :

- Président** : M. Joshua M. Angatia
Ministre de la Santé du Kenya
- 1er Vice-Président** : Dr Tekeste Fekadu
Vice-Ministre de la Santé de l'Erythrée
- 2ème Vice-Président** : Dr Abdelkrim M'Hatef
Directeur des Relations internationales et de la Coopération
Ministère de la Santé (Algérie)
- Rapporteurs** : Mme I. Njie-Saidy
Ministre de la Santé de la Gambie
- Mme Cécile Ferra-Frond
Ministre de la Santé de la République centrafricaine
- Dr Antonica Francisco Rosario Da Costa Hembe
Directeur de la Santé (Angola)

Rapporteurs des Discussions techniques :

- Dr M. I. Goraseb (Namibie)
Dr Abou Becker Gaye (Sénégal)
Dr Rosa Maria Soares (Cap-Vert).

Troisième séance, 4 septembre 1996

Décision 3 : Composition du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

Le Comité régional, conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur, a nommé un Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs composé des représentants de 12 Etats Membres suivants : Algérie, Angola, Bénin, Cameroun, Congo, Guinée équatoriale, Libéria, Mozambique, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Swaziland, Togo. Le Sous-Comité a élu M. Muntu Mswane, Ministre de la Santé du Swaziland, Président.

Troisième séance, 4 septembre 1996

Décision 4 : Pouvoirs

Le Comité régional, à la suite des propositions du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs, a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les représentants des Etats Membres suivants : Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Afrique du Sud, Swaziland, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zaïre, Zambie, Zimbabwe.

Le Sous-Comité n'a pas été en mesure d'examiner les pouvoirs de la Sierra Leone.

Sixième séance, 5 septembre 1996

Décision 5 : Choix du sujet des Discussions techniques pour 1997

Le Comité régional a confirmé le sujet suivant pour les Discussions techniques de la quarante-septième session du Comité régional : "Santé, information et communication : combler les écarts".

Septième séance, 9 septembre 1996

Décision 6 : Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques pour 1997

Le Comité régional a nommé le Dr Alex Quarmyne Président des Discussions techniques pour 1997 et M. Claude Ondongo Président suppléant.

Septième séance, 9 septembre 1996

Décision 7 : Remplacement des membres du Sous-Comité du Programme

Le mandat des pays suivants expirera à la fin de la quarante-sixième session du Comité régional : Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya et Lesotho. Ils seront remplacés par l'Erythrée, le Mozambique, la Namibie, le Niger, le Nigéria et l'Afrique du Sud. Les pays ci-après siégeront au Sous-Comité du Programme au titre de leur dernière année du présent cycle : Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie et Maurice.

Septième séance, 9 septembre 1996

Décision 8 : Ordre du jour de la quarante-septième session du Comité régional

Le Comité régional a approuvé l'ordre du jour provisoire de la quarante-septième session du Comité régional proposé par le Directeur régional à l'Annexe 3 du document AFR/RC46/5.

Septième séance, 9 septembre 1996

Décision 9 : Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé

Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoire de la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé ainsi que de leur corrélation avec l'ordre du jour provisoire de la quarante-septième session du Comité régional.

Septième séance, 9 septembre 1996

Décision 10 : Méthode de travail et durée de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé

Président de l'Assemblée mondiale de la Santé

1) En mai 1994, la Région africaine avait désigné le Président de la quarante-troisième session du Comité régional de l'Afrique au poste de Président de la Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Le cycle recommencera pour la Région africaine en l'an 2000.

Principales commissions de l'Assemblée mondiale de la Santé

2) Le Directeur général, en consultation avec le Directeur régional examinera, en cas de besoin avant chaque Assemblée mondiale de la Santé, les délégués des Etats Membres de la Région africaine qui pourraient assumer efficacement les fonctions de :

- i) Présidents des Commissions principales A et B (Article 34 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé);
- ii) Vice-Présidents et Rapporteurs des Commissions principales.

Réunions quotidiennes des délégations africaines à l'Assemblée mondiale de la Santé

3) Les délégations africaines à la Quarante-Septième et la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé avaient jugé utile de se rencontrer quotidiennement pour procéder à un échange de vues sur les travaux en cours et se consulter sur la position à adopter dans les débats prévus en séance plénière et en commissions. Toutefois, compte tenu des dispositions de la résolution WHA48.17 dans laquelle le Directeur général était prié de continuer d'examiner les méthodes de travail de l'Assemblée mondiale de la Santé et compte tenu de la rationalisation de ces travaux, il n'y aura plus de réunion quotidienne, sauf dans des cas exceptionnels.

Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

4) En suivant l'ordre alphabétique anglais comme d'habitude, l'Angola, le Bénin, le Botswana et le Burkina Faso ont désigné des personnes devant faire partie du Conseil exécutif à partir de la quatre-vingt-dix-huitième session du Conseil exécutif. Ces délégués se joindront à ceux de l'Algérie, de la Zambie et du Zimbabwe.

5) Le Burundi assistera à la centième session du Conseil exécutif et remplacera la Zambie dont le mandat expirera à la clôture de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé.

Réunion informelle du Comité régional

6) Cette réunion se tiendra sur convocation du Directeur régional le lundi 5 mai 1997 au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarante-sixième session.

Septième séance, 9 septembre 1996

Décision 11 : Dates et lieux des quarante-septième et quarante-huitième sessions du Comité régional

Le Comité régional a décidé de tenir sa quarante-septième session en Afrique du Sud, du 1er au 5 septembre 1997 et sa quarante-huitième session à Brazzaville en septembre 1998, où le budget programme 2000-2001 sera discuté plus convenablement.

Septième séance, 9 septembre 1996

Décision 12 : Désignation du représentant de la Région africaine au Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) : Comité d'Orientation et de Coordination

Le mandat du Zaïre expirera le 31 décembre 1996, et en suivant l'ordre alphabétique anglais, le Comité régional a désigné l'*Algérie* pour remplacer le Zaïre. Le mandat de l'*Algérie* commencera le 1er janvier 1997.

Septième séance, 9 septembre 1996

RESOLUTIONS

AFR/RC46/R1 : Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999

Le Comité régional,

Ayant examiné en détail le rapport soumis par le Sous-Comité du Programme sur le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999,

1. NOTE que le Budget Programme, le deuxième du Neuvième Programme général de Travail, a été préparé conformément aux directives de l'OMS et qu'il s'élève au même montant que celui de 1996-1997, traduisant un taux de croissance zéro qui a été à la base de la budgétisation globale;
2. FELICITE le Directeur régional d'avoir mis concrètement en oeuvre les orientations politiques définies par les Organes directeurs;
3. APPROUVE le rapport du Sous-Comité du Programme;
4. APPROUVE le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999, et
5. PRIE le Directeur régional de transmettre le Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999 au Directeur général pour examen et inclusion dans le Projet de Budget Programme de l'Organisation pour l'exercice 1998-1999.

Huitième séance, 10 septembre 1996

AFR/RC46/R2 : Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans la Région africaine

Le Comité régional,

Constatant une fois encore que le VIH/SIDA et les MST restent l'un des problèmes de santé publique les plus importants en Afrique;

Notant que la plupart des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les MST sont élaborés et mis en oeuvre d'une manière verticale et peu durable;

Préoccupé par le nombre croissant de cas d'infection à VIH et par l'incidence élevée des MST et de la tuberculose dans la Région alors même que les ressources nationales et extérieures allouées aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les MST ne cessent de diminuer;

Se référant à la résolution AFR/RC45/R1 où était réaffirmé le rôle technique prépondérant de l'OMS pour les questions de santé relatives à la lutte contre le VIH/SIDA et les MST;

Reconnaissant l'engagement montré par les Chefs d'Etat et de Gouvernement au niveau de l'OUA sur les problèmes du VIH/SIDA et des MST et exprimés dans les Déclarations de Dakar (1992) et Tunis (1994);

Notant que les pays ont approuvé une approche multisectorielle pour la planification, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et les MST;

Préoccupé par le problème posé par la non accessibilité aux médicaments nécessaires pour les traitements des malades touchés par le VIH, le SIDA et les MST;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional (document AFR/RC46/8) proposant une nouvelle stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA et les MST,

1. **APPROUVE** la nouvelle stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA et les MST proposée dans le document AFR/RC46/8;
2. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres :
 - i) à réaménager leurs stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les MST en fonction de la nouvelle stratégie régionale et mettre ainsi davantage l'accent sur l'intégration notamment avec le programme de lutte contre la tuberculose, la décentralisation et l'autonomisation des programmes nationaux de lutte contre le SIDA;
 - ii) à prévoir dans leurs budgets nationaux des crédits substantiels pour les programmes intégrés de lutte contre le VIH/SIDA et les MST;
 - iii) à faire en sorte que les autres secteurs assument l'entière responsabilité de la planification et de l'allocation des ressources, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans leurs domaines de compétence respectifs;
 - iv) à mobiliser des ressources locales avec l'aide des Représentants de l'OMS dans les pays et à organiser pour cela des réunions visant à mobiliser des ressources destinées aux activités intégrées de lutte contre le VIH/SIDA et les MST;
 - v) à mettre en place et/ou renforcer au niveau national un organisme à vocation multisectorielle responsable de la promotion, de la politique, de la planification et de la mobilisation des ressources et de la coordination dont relèveront tous les secteurs;
3. **LANCE UN APPEL** aux autres partenaires pour qu'ils renforcent leur engagement et appuient aux niveaux national et régional les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les MST en leur allouant des ressources financières et techniques suffisantes, dans le cadre d'interventions intégrées et coordonnées sous l'égide des pays.
4. **PRIE** le Directeur régional :
 - i) de renforcer le programme régional de lutte contre le VIH/SIDA et les MST de manière à fournir aux pays l'appui technique approprié en intégrant les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans les autres programmes de santé;
 - ii) de promouvoir la collaboration entre les pays qui appartiennent au même bloc épidémiologique;
 - iii) de continuer à jouer un rôle important de plaidoyer en collaborant avec les autres partenaires à la mise en oeuvre de la nouvelle stratégie régionale et en continuant la mise en oeuvre des déclarations sur le VIH/SIDA et les MST en Afrique des Sommets de l'OUA de Dakar (1992) et de Tunis (1994);
 - iv) d'entamer toutes les démarches nécessaires afin d'aider les pays à assurer une prise en charge médicale adéquate des malades touchés par le VIH, le SIDA et les MST, y compris par l'accès aux médicaments appropriés;
 - v) d'encourager et soutenir la recherche en vue de mettre à la disposition des pays les moyens de traitement et de prévention y compris par l'utilisation des plantes médicinales africaines;
 - vi) de mobiliser des ressources extrabudgétaires pour la lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans la Région;
 - vii) de poursuivre ses efforts visant à mettre en place des mécanismes de collaboration harmonieuse avec l'ONUSIDA et les autres partenaires aux niveaux national et régional;

- viii) de faire rapport, à la quarante-septième session du Comité régional, sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de cette résolution.

Huitième séance, 10 septembre 1996

AFR/RC46/R3 : Durée des sessions du Comité régional

Le Comité régional,

Notant la décision de l'Assemblée mondiale de la Santé de réduire la durée des réunions de l'Assemblée;

Reconnaissant la nécessité de rationaliser le déroulement de ses travaux;

1. DECIDE de limiter la durée de ses sessions à cinq jours;
2. PRIE le Directeur régional :
 - i) de prendre les mesures nécessaires pour appliquer cette décision lors de la convocation de la quarante-septième session du Comité régional;
 - ii) de restructurer les travaux du Comité régional en tirant un meilleur parti des compétences du Sous-Comité du Programme et en poursuivant ses efforts d'évaluation des résultats de l'activité de l'OMS dans les pays;
 - iii) d'étudier les avantages et les inconvénients de la tenue des sessions ordinaires du Comité régional tous les deux ans et de faire rapport sur cette question à la quarante-huitième session du Comité régional.

Huitième séance, 10 septembre 1996

AFR/RC46/R4 : Santé et paix

Le Comité régional,

Profondément préoccupé par les multiples conflits qui ensanglantent beaucoup de pays africains, provoquant des exodes et des déplacements internes de population, avec des conséquences incalculables sur leur état de santé;

Reconnaissant que les victimes de ces conflits sont essentiellement les groupes les plus vulnérables de la population, c'est-à-dire les enfants, les femmes, les personnes âgées, les malades ou les handicapés;

Conscient du fait que la destruction des infrastructures sanitaires et la disparition des personnels de santé qu'entraînent ces conflits privent les populations de l'un de leurs droits les plus fondamentaux, reconnus notamment par la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, c'est-à-dire la possession du meilleur état de santé possible;

Notant par ailleurs que l'explosion d'épidémies de maladies transmissibles et de malnutrition ainsi que les troubles psychosociaux sont parmi les conséquences les plus dangereuses des conflits, notamment armés;

Convaincu que la paix est une condition sine qua non de la promotion de la santé et de tout développement humain durable, à travers la solidarité et la coopération entre les peuples et les Etats;

Conscient des répercussions néfastes des conflits armés non seulement sur les pays concernés mais également sur les pays voisins;

Se référant à la résolution AFR/RC42/R11 sur la préparation et la réponse aux situations d'urgence et l'assistance humanitaire dans la Région africaine;

Rappelant la résolution AFR/RC44/R7 demandant aux Etats Membres d'instaurer des journées de paix pour la vaccination des enfants,

1. LANCE un appel solennel aux pays victimes de conflits internes quelle qu'en soit la nature, de tout mettre en oeuvre pour les arrêter par une voie pacifique, afin de préserver la vie des innocents, notamment les femmes, les enfants, les personnes âgées, les malades et les handicapés, en instaurant notamment une journée africaine de la paix pour la santé;
2. LANCE un appel aux Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine, pour qu'ils prennent les mesures appropriées afin de prévenir et arrêter ces conflits et, à tout le moins, protéger la santé des populations les plus vulnérables, notamment les femmes, les enfants, les personnes âgées, les malades et les handicapés;
3. PRIE le Directeur régional de transmettre cette résolution aux Chefs d'Etat de la Région et au Secrétaire général de l'OUA ainsi qu'au Directeur général de l'OMS, afin qu'il en informe le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé.

Huitième séance, 10 septembre 1996

AFR/RC46/R5 : Motion de remerciements

Le Comité régional,

Considérant le temps consacré, les efforts consentis et les moyens mis en oeuvre ainsi que l'hospitalité manifestée par le peuple et le Gouvernement du Congo pour garantir le plein succès de la quarante-sixième session du Comité régional tenue à Brazzaville du 4 au 11 septembre 1996;

Sensible à l'accueil particulièrement chaleureux et fraternel réservé aux délégués par le peuple et le Gouvernement du Congo;

Constatant la ferme volonté politique des autorités nationales de continuer d'accélérer l'instauration de la santé pour tous par le truchement des soins de santé primaires,

1. REMERCIE très chaleureusement Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, d'avoir rehaussé de sa présence la cérémonie d'ouverture et d'avoir officiellement ouvert la quarante-sixième session;
2. EXPRIME très sincèrement sa reconnaissance au Gouvernement et au peuple du Congo pour l'exceptionnelle qualité de leur hospitalité;
3. DEMANDE au Directeur régional de transmettre la présente motion de remerciements à Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo.

Huitième séance, 10 septembre 1996

PARTIE II

RAPPORT DU COMITE REGIONAL

OUVERTURE DE LA SESSION

1. La quarante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été ouverte à Brazzaville (Congo) le mercredi 4 septembre 1996 par Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo. Parmi les honorables invités se trouvaient le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, M. Robert R. Barth, ancien Président du Rotary International, Mme Torild Skard, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale, le Dr Mary Grant, Conseiller spécial auprès du Président et Chef d'Etat de la République du Ghana, ainsi que des représentants d'organisations internationales, intergouvernementales et non gouvernementales.
2. Le Dr Mba Bekale, Ministre de la Santé de la République du Gabon et Président de la quarante-cinquième session du Comité régional, a présidé la séance d'ouverture.
3. Dans son allocution liminaire, le Dr Bekale a remercié les délégués au nom de la République du Gabon pour la confiance et l'appui qu'ils lui avaient témoignés dans l'exercice de ses fonctions. Il a particulièrement mis en relief les domaines dans lesquels le Bureau régional avait enregistré de bons résultats, notamment la gestion d'ensemble, l'amélioration du moral des membres du personnel, l'état des bâtiments, les communications, la distribution à temps des documents du Comité régional et, enfin, le déroulement proprement dit de la session du Comité régional.
4. Enumérant quelques-uns des défis sanitaires auxquels la Région a été confrontée pendant l'année, en particulier les épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola et de méningite, il s'est félicité de l'excellent niveau de coopération internationale instaurée sous l'autorité de l'Organisation mondiale de la Santé pour y faire face.
5. Le Dr Bekale a remercié Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, de sa présence à la séance d'ouverture, preuve tangible de son engagement à l'égard du développement sanitaire et scientifique en Afrique.
6. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a ensuite présenté les invités assis à la tribune. Il s'est félicité de l'étroite collaboration nouée avec le Président Pascal Lissouba depuis son entrée en fonction en tant que Directeur régional et a rendu hommage au Président pour le vif intérêt qu'il porte aux questions sanitaires et scientifiques intéressant la Région.
7. Le Dr Samba a tout particulièrement évoqué le rôle du Rotary International, principale source de financement de la campagne d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine.
8. Il a cité certains des acquis enregistrés depuis la quarante-cinquième session du Comité régional, en particulier : des économies de 7,2 millions de dollars des Etats-Unis rendues possibles par une gestion financière avisée, ce qui a permis d'acheter des médicaments essentiels à l'appui de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako ou d'activités analogues dans 43 pays; la restructuration du Bureau régional pour inclure des unités chargées de la gestion des ressources interinstitutions, de la surveillance de l'utilisation des ressources ainsi que des situations d'urgence et de l'action humanitaire et, enfin, la mobilisation de fonds extrabudgétaires d'un montant quasiment égal à celui du budget ordinaire.
9. Comme il l'avait promis, la gestion du personnel et en particulier le recrutement se fondent désormais avant tout sur le niveau de compétence, ensuite sur les critères de répartition géographique et d'équité entre les hommes et les femmes, le cas échéant. Il a donc instamment invité les délégués à faire preuve de coopération dans ce domaine.
10. Le Dr Samba a demandé aux délégués de soutenir les efforts qu'il déployait pour faire du Bureau régional l'un des meilleurs de toutes les Régions.
11. Il a instamment invité le Président Lissouba à plaider la cause de la paix en Afrique auprès des autres Chefs d'Etat et de Gouvernement des pays africains. Cela est d'autant plus nécessaire que, de tous les continents, c'est l'Afrique qui connaît aujourd'hui le plus grand nombre de réfugiés et de personnes déplacées

dans leur propre pays et que leurs conditions de vie sont généralement déplorable - de sorte que les conflits internes prélèvent des sommes colossales sur le budget de l'aide internationale, au détriment d'un développement durable.

12. M. Robert Barth, ancien Président du Rotary International, a exprimé sa gratitude pour l'invitation que lui avait adressée l'Organisation de participer à la session du Comité régional.

13. Il s'est félicité de l'excellente collaboration instaurée entre son organisation et l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations engagées dans l'éradication de la poliomyélite.

14. Il a fait observer que plus d'un milliard d'enfants avaient été protégés contre cette maladie dans le monde depuis le lancement de la campagne en 1985. Même s'il restait beaucoup à faire, M. Barth avait l'espoir que la certification officielle de l'éradication de la poliomyélite surviendrait d'ici l'an 2005, coïncidant avec le centenaire du Rotary International.

15. Outre les 70 millions de dollars déjà engagés par le Rotary International en faveur de l'éradication de la poliomyélite en Afrique, 30 millions de dollars seront encore versés d'ici l'an 2000. L'engagement total du Rotary International en faveur de l'éradication de la poliomyélite en Afrique représente plus du quart des efforts qu'il déploie dans le monde.

16. Il faut mettre en place aux niveaux national et international des réseaux de surveillance épidémiologique de la poliomyélite qui puissent servir à éradiquer non seulement la poliomyélite mais aussi d'autres maladies. Il faut également que tous oeuvrent ensemble pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, apportant une fois encore la preuve qu'il est possible d'atteindre un but commun pour autant que la volonté politique soit là.

17. Le Dr H. Nakajima, Directeur général de l'OMS, a déclaré que la présence en ces lieux de Son Excellence le Président Pascal Lissouba attestait de son engagement politique et personnel à l'égard du développement sanitaire en Afrique.

18. Il s'est félicité du rang de priorité élevé accordé à la santé par les Chefs d'Etat et de Gouvernement en Afrique.

19. Il a remercié le Rotary International de l'appui apporté à la campagne d'éradication de la poliomyélite.

20. Il a souligné le fait que l'éradication des maladies permettrait de protéger la vie des générations futures et, par conséquent, de déverrouiller le processus de développement des peuples africains.

21. M. Anaclet Tsomambet, Ministre de la Recherche scientifique de la République du Congo, a fait observer que l'Afrique se trouvait à un tournant, face à de multiples défis qu'il appartenait aux Africains de relever.

22. Il a informé les participants qu'une nouvelle politique de la santé avait été adoptée au Congo, que le Président de la République parrainait un projet de cliniques mobiles, que les activités d'éradication de la poliomyélite avaient été lancées avec l'appui du Rotary International et d'autres partenaires en santé et, enfin, qu'aucun nouveau cas de poliomyélite n'avait été enregistré au Congo depuis cinq ans.

23. Mme Torild Skard, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale, a axé son allocution sur la mortalité maternelle et la dracunculose en Afrique, déplorant le taux élevé de mortalité maternelle, alors même que l'on connaît les stratégies qui permettraient d'améliorer la situation, et attribuant le chaînon manquant à l'absence de volonté réelle de mettre en oeuvre ces stratégies. Elle a également fait observer que l'objectif de l'éradication de la dracunculose d'ici 1995 n'avait pu être atteint malgré les progrès réalisés dans ce sens.

24. L'UNICEF, a-t-elle indiqué, était prête à continuer de soutenir les programmes, initiatives et stratégies susceptibles de résoudre ces problèmes, parallèlement aux autres activités qu'elle mène déjà dans les pays.

Il convenait de citer en particulier le renforcement des systèmes nationaux de santé en Afrique, tâche qui dépendait pour beaucoup de la volonté des gouvernements et de la collaboration des bailleurs de fonds. Mme Skard a assuré que l'UNICEF maintiendrait son appui dans ce domaine.

25. Le Dr Donald R. Hopkins, du Centre Carter Global 2000, a transmis aux participants les chaleureuses salutations du Président Carter et de son épouse. Il a souligné que, même si l'éradication de la dracunculose était sur le point de se faire, l'étape ultime se révélait difficile car l'appui aux activités dirigées contre cette maladie se faisait plus limité. Il a insisté sur le fait que les Ministres de la Santé devaient continuer à appuyer l'entreprise politiquement et à s'y intéresser personnellement.

26. Bien que le délai fixé n'ait pu être respecté, il lui semblait qu'il valait mieux continuer à exercer une pression sur tous les pays pour qu'ils parviennent à l'éradication plutôt que fixer une autre date-butoir qui risquerait de conduire à un relâchement des efforts.

27. M. A. Edward Elmendorf, représentant de la Banque mondiale, a informé les participants des changements intervenus récemment à la Banque et donné également des détails sur le regain d'activité de la Banque dans le secteur de la santé en Afrique.

28. Il a indiqué que l'action de la Banque dans le secteur de la santé s'inscrirait désormais dans le cadre de la composante santé de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique et il a estimé que d'autres institutions et partenaires actifs dans le développement sanitaire en Afrique devraient faire de même.

29. La Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé sont les chefs de file de la mise en oeuvre de la composante santé de cette initiative, la Banque étant responsable de la mobilisation des ressources. Pour elle, c'est essentiellement au niveau national que les ressources doivent être mobilisées à cette fin.

30. Le Dr O. J. Khatib, de l'OUA, a exprimé les regrets du Secrétaire général de ne pouvoir assister personnellement à la session.

31. Il a rappelé au Comité régional que le Secrétaire général de l'OUA avait participé activement au lancement des Journées nationales de Vaccination (JNV) du Cameroun, qui avait coïncidé avec le sommet de Yaoundé.

32. L'OUA a démontré l'intérêt tout particulier qu'elle portait aux questions de santé, notamment par le plaidoyer destiné à susciter un engagement politique au plus haut niveau en faveur du développement sanitaire, les Déclarations de Dakar et de Tunis sur le SIDA et l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique. Le paludisme sera inscrit à l'ordre du jour du Sommet de Harare en 1997.

33. Les Ministres ont été informés que le projet de protocole de la santé de la Communauté économique africaine distribué au cours de la réunion était censé être reproduit et largement diffusé au niveau des pays en vue de recueillir leurs commentaires.

34. M. Daouda Touré a réaffirmé le soutien du PNUD au développement sanitaire en Afrique, en particulier dans le domaine du renforcement des compétences humaines et institutionnelles.

35. A propos de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique, il a souligné la nécessité d'un leadership africain pour sa mise en oeuvre ainsi que pour l'adoption d'une approche coordonnée impliquant tous les acteurs y compris les institutions et d'autres organisations des Nations Unies. L'obtention de résultats rapides facilitera la mobilisation des ressources pour la mise en oeuvre de l'Initiative.

36. En ce qui concerne la composante santé de l'Initiative, le Comité régional est la meilleure instance pour évaluer les progrès réalisés dans sa mise en oeuvre. Les Ministres ont également un rôle critique à jouer dans les comités mis en place au niveau des pays pour faciliter la mise en oeuvre de l'Initiative.

37. Mme Mary Grant, Conseiller spécial du Président et Chef d'Etat de la République du Ghana, a souligné la nécessité de la paix pour poursuivre utilement le développement sanitaire des Etats Membres. Elle a

également souligné l'importance de la promotion de la santé, y compris la salubrité de l'environnement et l'éducation sanitaire, pour résoudre certains problèmes de santé prioritaires de la Région.

38. Son Excellence le Professeur Pascal Lissouba a officiellement déclaré ouverts les travaux de la quarante-sixième session du Comité régional et souhaité la bienvenue à tous les délégués. Il leur a souhaité plein succès dans leurs délibérations.

DEROULEMENT DES TRAVAUX

39. Le Dr S. Mba Bekale, Ministre de la Santé publique et de la Population du Gabon, Président de la quarante-cinquième session du Comité régional, a présenté l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC46/1 Rév.3) qui a été adopté sans changement.

Constitution du Sous-Comité des Désignations

40. Le Comité régional a constitué un Sous-Comité composé des représentants des 12 Etats Membres suivants : Burkina Faso, Cap-Vert, Ethiopie, Gabon, Ghana, Madagascar, Mali, Seychelles, Ouganda, Zaïre, Zambie et Zimbabwe. Le Sous-Comité a élu Président M. Jacquelin Dugane, Ministre de la Santé des Seychelles.

Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs

41. Après avoir examiné le Rapport du Sous-Comité des Désignations et conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur et à la résolution AFR/RC40/R1, le Comité régional a élu à l'unanimité les membres suivants du Bureau :

<i>Président</i>	:	M. Joshua M. Angatia Ministre de la Santé du Kenya
<i>1er Vice-Président</i>	:	Dr Tekeste Fekadu Vice-Ministre de la Santé de l'Erythrée
<i>2ème Vice-Président</i>	:	Dr Abdelkrim M'Hatef Directeur des Relations internationales et de la Coopération Ministère de la Santé (Algérie)
<i>Rapporteurs</i>	:	Dr Antonica Francisco Rosario Da Costa Hembe Directeur de la Santé publique (Angola)
		Mme Isatou Njie-Saidy Ministre de la Santé de la Gambie
		Mme Cécile Ferra-Frond Ministre de la Santé de la République centrafricaine

Rapporteurs des Discussions techniques :

Dr Marcos I. Goraseb
Namibie (anglais)

Dr Abou Beckr Gaye
Sénégal (français)

Dr Rosa Maria Soares
Cap-Vert (portugais)

Désignation des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs

42. Le Comité régional a nommé les représentants des 12 pays suivants membres du Sous-Comité de Vérification des pouvoirs : Algérie, Angola, Bénin, Cameroun, Congo, Guinée équatoriale, Libéria, Mozambique, Swaziland, Togo, Sénégal et Sao Tomé et Príncipe. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs s'est réuni les 5, 6 et 9 septembre 1996, sous la présidence du Dr Muntu Mswane, Ministre de la Santé du Swaziland.

43. Le Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs a notifié au Comité qu'il avait examiné les pouvoirs de tous les Etats Membres et les avait trouvés conformes à l'Article 3 du Règlement intérieur du Comité régional de l'Afrique.

44. Le Comité régional a adopté le rapport du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs.

Adoption des horaires de travail

45. Le Comité a adopté les horaires de travail suivants : 9h00-12h30 et 14h30-18h00.

ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE : RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR REGIONAL POUR 1995 (documents AFR/RC46/3 et AFR/RC46/21)

Présentation

Vue d'ensemble

46. Le Directeur régional a expliqué qu'on avait fait énormément d'efforts pour rendre les documents de la session aussi faciles que possible à utiliser et pour les acheminer à temps dans les pays. Au niveau des pays, les Représentants avaient été priés de faciliter l'examen détaillé et critique des documents afin que les délégués donnent le maximum d'orientations au Secrétariat sur chaque document discuté par le Comité. Il a par conséquent lancé un appel afin que le temps très précieux du Comité régional soit consacré de façon optimale à fournir les directives et les orientations dont le Bureau régional a tant besoin.

47. Il a prié le Directeur de la Gestion du Programme et les Directeurs de Divisions de présenter chacun à leur tour les différentes parties du Rapport annuel du Directeur régional.

Mise en oeuvre des résolutions de la quarante-cinquième session du Comité régional

48. Le Directeur de la Gestion du Programme, le Dr A. M. d'Almeida, a rappelé au Comité que des résolutions avaient été adoptées sur les questions suivantes pendant la dernière session : lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans la Région africaine; critères et formules pour la détermination du crédit budgétaire alloué à chaque pays; stratégies pour améliorer la qualité des soins dans les institutions de soins de santé de la Région africaine de l'OMS; programme régional de lutte contre le paludisme; programme élargi de vaccination : objectifs de la lutte contre la maladie - le compte à rebours a commencé; prévention de l'invalidité et réadaptation : analyse de la situation régionale et tendances futures; santé des jeunes et des adolescents : rapport de situation et analyse des tendances; éradication de la dracunculose; mise en application des stratégies de la santé pour tous.

49. Il a fait remarquer que la plupart des pays avaient lancé des activités à divers degrés pour mettre en oeuvre ces résolutions : le faible niveau de mise en oeuvre de certaines résolutions était dû, en grande partie, à leur complexité ou au temps nécessaire à leur mise en oeuvre.

Développement et direction d'ensemble des programmes

50. Le Dr A. M. d'Almeida, Directeur de la Gestion du Programme, a présenté la partie du rapport relative au développement et à la direction d'ensemble des programmes. Il a rappelé au Comité que le Bureau du Directeur de la Gestion du Programme coordonnait toutes les activités qui relèvent de la coopération

technique avec les pays membres. Le Bureau et l'Unité qui y est rattachée ont pour principal objectif l'amélioration de la planification, de la programmation, de la surveillance et de l'évaluation des activités de coopération technique.

51. Il a indiqué que 1995 avait constitué un tournant dans les domaines de la gestion, de la coopération technique et des communications. Ces progrès importants étaient principalement attribuables au démarrage de la mise en oeuvre du cadre politique de coopération technique avec les pays membres de la Région africaine.

52. Des ateliers et des séminaires internes ont été organisés afin d'exposer au personnel du Bureau régional le nouveau processus gestionnaire de l'OMS. Les Représentants de l'OMS dans les pays ont été également familiarisés avec le processus pendant la Réunion régionale du Programme.

53. La restructuration des équipes de soutien technique de l'OMS dans les pays s'est poursuivie énergiquement. La composition des équipes de base des bureaux de l'OMS dans les pays ainsi que celle des équipes de soutien aux pays a été revue et le processus de sélection des experts nationaux rendu plus compétitif dans le but d'assurer le recrutement des meilleurs candidats.

54. Compte tenu des ressources financières limitées de l'Organisation, une plus grande attention a été accordée à "la rentabilité des crédits dépensés". L'une des approches adoptées consiste à canaliser les ressources financières limitées de l'Organisation vers un petit nombre de programmes prioritaires. Une stratégie tout aussi importante consiste à prendre des mesures permettant de contrôler et de maîtriser les dépenses, en particulier au niveau régional, afin de mettre davantage de ressources à la disposition des activités dans les pays.

55. La Réunion régionale du Programme a été réactivée en tant que moyen d'assurer une planification, une budgétisation, une surveillance et une évaluation tripartites (Siège de l'OMS/ Bureau régional/Bureau de pays). Un cadre a été élaboré pour l'examen des plans d'action des bureaux OMS de pays par les unités techniques du Bureau régional avant qu'ils ne soient définitivement arrêtés. Des cibles et des produits ont été inclus dans les plans d'action de 1996 pour les programmes de pays et les programmes régionaux.

56. De nouvelles orientations ont été élaborées pour la soumission trimestrielle, annuelle et biennale des rapports sur les réalisations du programme par les Représentants de l'OMS. La formation au processus gestionnaire pour la planification, la programmation, la budgétisation, la surveillance et l'évaluation des activités des programmes techniques a été organisée dans quelques pays.

57. Grâce à la création d'une nouvelle Unité chargée des Situations d'Urgence et de l'Action humanitaire, le Bureau régional a considérablement amélioré sa capacité de préparation et de réponse aux situations d'urgence. Un atelier organisé en mars 1995 en Côte d'Ivoire lui a permis de sensibiliser les Représentants de l'OMS et d'autres personnels de l'OMS à la question de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence. Le Bureau a pu réagir opportunément aux situations d'urgence au Libéria, au Burundi, en Sierra Leone, en Angola, au Zaïre et dans d'autres pays, en leur fournissant du matériel et un soutien technique.

58. Parmi les principales contraintes figure l'incertitude sur la situation financière pendant la première moitié de l'année. La mise en oeuvre des activités s'est ralentie de façon significative, en particulier pendant les deuxième et troisième trimestres de 1995.

59. Au nombre des perspectives d'avenir, il convient de citer la poursuite du renforcement du processus gestionnaire, avec accent particulier sur l'évaluation des programmes régionaux en novembre 1996 et la mise en place d'un mécanisme régional de renforcement des capacités gestionnaires grâce à la formation.

60. Le Dr d'Almeida a conclu en demandant au Comité régional de donner un avis critique, mais constructif sur la performance du Bureau régional afin d'améliorer l'efficacité de son appui aux pays.

Développement des services de santé

61. Le Dr L. G. Sambo, du Secrétariat, a présenté la partie du rapport traitant du développement des services de santé. Il a rappelé au Comité que la principale fonction de la Division était de fournir un soutien aux Etats Membres pour renforcer leur aptitude à mettre en place des systèmes plus appropriés et plus efficaces de prestation de soins de santé.
62. Il a été fait une analyse de la situation des profils de santé de 1145 districts sanitaires (sur un total de plus de 4100) dans 32 pays de la Région. Un appui a d'autre part été fourni pour des consultations organisées par quelques pays sur l'actualisation de la stratégie de la santé pour tous. De plus, on a organisé des actions de suivi et fourni le soutien nécessaire à de nombreux pays pour l'élaboration et la mise en oeuvre de leurs programmes de réforme du secteur de la santé.
63. La formation continue du personnel de santé et le soutien aux institutions de formation ont continué à constituer des domaines prioritaires de coopération avec les pays. Le Bureau a apporté son concours pour l'organisation de la Conférence régionale du Cap sur l'Enseignement médical, qui a réuni environ 250 délégués venus de 35 pays.
64. Afin de tenir compte de certaines des critiques contenues dans le rapport de vérification extérieure des comptes, des mesures ont été prises pour mettre en place des comités nationaux de sélection censés s'assurer que les règles et les procédures fixées par l'OMS pour l'octroi des bourses sont respectées.
65. Quatre nouveaux centres collaborateurs ont été agréés et ont reçu un appui dans les domaines de la transfusion sanguine, des technologies de soins de santé et du contrôle de la qualité des médicaments. On a également apporté un soutien à quelques pays pour l'élaboration ou la mise au point définitive de leur politique nationale du médicament.
66. Une analyse de situation a été faite concernant la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Le Directeur régional a pris la décision exceptionnelle d'acheter et de distribuer à 43 pays des médicaments essentiels pour les centres de santé, afin de les aider à lancer et mettre en oeuvre l'Initiative.
67. Un groupe régional d'experts de la technologie des soins de santé a été créé. Les activités des centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle au Ghana, à Madagascar, au Mali, au Nigeria ont été étroitement suivies.

Promotion et protection de la santé

68. Le Dr R. Tshabalala, du Secrétariat, a présenté la partie du rapport consacrée à la promotion et à la protection de la santé. Elle a rappelé au Comité que la Division collaborait avec les gouvernements et d'autres partenaires à la promotion et la protection de la santé des Africains en encourageant des changements positifs de comportement et des modes de vie sains ainsi qu'en assurant des services de qualité.
69. Les grandes initiatives de la période concernée ont mis l'accent sur les moyens d'assurer un recul plus rapide des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales, grâce à une action de plaidoyer, à la recherche et, enfin, à la mise en oeuvre du paquet mère-enfant. Quelques pays ont reçu un appui pour évaluer les besoins en santé reproductive et pour formuler des politiques nationales, des directives et des plans pour la maternité sans risque.
70. Les pays ont bénéficié d'un appui pour élaborer et finaliser les plans nationaux d'action relatifs à la nutrition. Trois ateliers ont été organisés sur la lutte contre les carences en micro-nutriments, y compris l'iodation du sel pour les petits producteurs.
71. En plus des ateliers interpays sur la planification du programme et la formation aux services de conseil en matière de santé des adolescents destinés aux pays francophones et ceux de langue officielle portugaise, quinze pays ont élaboré des stratégies pour améliorer la santé des adolescents. Des points focaux nationaux ont été désignés pour suivre les activités relatives à la santé des femmes dans 43 pays. Une nouvelle unité

chargée de la santé des femmes et des adolescents a été créée au Bureau régional de manière à mettre l'accent sur cette question. Un plan régional d'action a été élaboré pour l'élimination des mutilations génitales de la femme.

72. Les pays ont également reçu un soutien pour élaborer des projets de santé bucco-dentaire axés sur le district. On a élaboré des modèles de matériels appropriés et efficaces d'éducation et de promotion en santé bucco-dentaire en vue de leur adaptation pour les activités de terrain. Les pays ont également bénéficié d'un appui pour lancer des programmes à assise communautaire de soins de santé destinés aux personnes âgées.

73. Un nombre croissant de pays sont en train d'élaborer des politiques et des programmes de réadaptation communautaire et de former du personnel de district à la gestion et à la supervision des services de réadaptation.

74. Quatre pays ont organisé des ateliers nationaux multisectoriels pour intégrer la santé des travailleurs dans les systèmes nationaux de santé. La division a collaboré avec le BIT pour inclure la médecine du travail dans les programmes d'enseignement des institutions de formation d'infirmières de la Région. Un nombre plus élevé de pays ont reçu un appui pour élaborer des programmes communautaires de santé mentale et de lutte contre l'abus des drogues.

75. Dans le domaine de la salubrité de l'environnement, on peut citer au nombre des réalisations la mise en route effective de l'Initiative AFRIQUE 2000 pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement ainsi que les initiatives Villes-Santé et Ecoles-Santé.

76. Les principales contraintes identifiées peuvent être attribuées à la faiblesse des allocations budgétaires, à l'insuffisance du partenariat et aux retards dans les réponses des Etats Membres, essentiellement imputables à la pénurie de personnel. A l'avenir, la division collaborera à la définition et à la mise en oeuvre des stratégies et plans et au renforcement des ressources humaines dans les sous-régions, afin d'offrir un soutien plus solide aux pays.

Lutte intégrée contre la maladie

77. Le Dr D. Barakamfitye, du Secrétariat, a présenté la partie du rapport relative à la lutte intégrée contre la maladie. Il a rappelé qu'à sa quarante-cinquième session, le Comité régional avait adopté quatre résolutions sur la lutte contre la maladie; plus précisément sur le VIH, le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, la lutte contre le paludisme, le programme élargi de vaccination (PEV) et enfin, l'éradication de la dracunculose.

78. Les pays s'organisent actuellement pour collaborer avec le nouveau programme ONUSIDA. Au moins 21 groupes thématiques sont présidés par des Représentants de l'OMS. L'Unité de Lutte contre le VIH, le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, basée au Bureau régional, est pleinement opérationnelle. Les Représentants de l'OMS dans les pays ont reçu des instructions claires sur l'appui qu'ils sont censés apporter aux pays, y compris sur l'utilisation du budget ordinaire pour soutenir les activités de ce programme.

79. Dix pays au moins ont organisé avec succès des journées nationales de mobilisation sociale pour la lutte contre le paludisme. D'autre part, la formation du personnel de santé à la prise en charge des cas de paludisme et à la promotion de matériels imprégnés d'insecticides s'est poursuivie. Six pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe ont mené des enquêtes sur la sensibilité de *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques afin d'actualiser, au besoin, leur politique de traitement.

80. Les activités relatives à la surveillance continue de la sensibilité du parasite aux antipaludiques ont été bien définies. De nouveaux partenaires tels que l'Overseas Development Administration (ODA) et l'Australie s'intéressent à la lutte contre le paludisme en Afrique.

81. Le Directeur régional a fourni un effort considérable de plaidoyer en faveur de l'éradication de la poliomyélite et de la mobilisation de ressources extrabudgétaires. Il a mobilisé depuis le mois de novembre

1995 près de US \$30 millions de ressources extrabudgétaires pour l'éradication de la poliomyélite. Les principaux partenaires sont le Rotary International, l'USAID, les Centres for Disease Control (CDC) d'Atlanta, l'UNICEF et le Japon, qui vient de se joindre au Groupe spécial sur la Vaccination en Afrique.

82. Outre l'éradication ou l'élimination de certaines maladies, des efforts ont également été faits pour accélérer la mise en oeuvre du PEV. Onze pays ont élaboré de nouveaux plans d'action quinquennaux détaillés et une dizaine d'autres pays ont reçu un appui spécial pour organiser la logistique et la chaîne du froid, avec le concours de l'USAID et de l'Overseas Development Administration. En plus des conseillers régionaux travaillant au Bureau régional, des équipes de l'OMS ont été créées à Harare, Nairobi, Abidjan et, plus récemment, à Yaoundé pour apporter l'appui technique nécessaire aux pays. Le personnel affecté à ce programme a triplé au cours de ces deux dernières années dans la Région.

83. L'éradication de la dracunculose se poursuit de façon satisfaisante. Le nombre de cas enregistrés en 1995 a diminué de 50 % par rapport à 1994. La lutte contre la tuberculose occupe actuellement un rang de priorité élevé dans la Région. Des documents de projets en vue de la mobilisation des ressources ont été rédigés, en collaboration avec le Siège. Enfin, le Directeur régional vient de créer un groupe spécial pour la lutte contre la tuberculose en Afrique.

84. Six pays ont déjà commencé à appliquer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (Ethiopie, Mali, Niger, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe). Le Bureau régional a organisé une réunion de concertation avec les partenaires intervenant dans ce programme, qui sont parvenus à un consensus sur la stratégie de mise en oeuvre.

85. Les fréquentes épidémies de maladies transmissibles restent un réel sujet de préoccupation. Le Bureau régional a donc renforcé ses capacités pour être en mesure de répondre rapidement à de telles situations, comme cela a été le cas lors des épidémies de fièvre Ebola qui ont éclaté à Kikwit (Zaïre), à Mokokou (Gabon), en Côte d'Ivoire et au Libéria et lors de la grave épidémie de méningite qui a sévi en Afrique de l'Ouest.

Coordination extérieure et promotion du programme

86. Le Dr N. Nhwatiwa, du Secrétariat, a présenté la partie du rapport relative à la coordination extérieure et à la promotion du programme. Elle a rappelé que les principales fonctions de la Division se rapportaient aux Organes directeurs et à l'information en santé.

87. Au cours de l'année considérée, une nouvelle approche gestionnaire a été adoptée et un environnement plus propice créé pour les activités de la Division. On a également désigné des points focaux auxquels ont été confiées des tâches précises, ce qui a permis d'améliorer la gestion, les performances et l'esprit de responsabilité.

88. Les documents du Comité régional et toutes les correspondances y afférentes ont été préparés et envoyés à temps aux Etats Membres, ce qui a permis au Comité régional à sa quarante-cinquième session de bien cibler ses débats et d'adopter des résolutions applicables et des décisions appropriées. Les activités des services linguistiques ont été synchronisées pour qu'ils puissent assurer l'interprétation lors de réunions et de conférences, réduisant ainsi les coûts imputables à l'Organisation.

89. La collaboration interinstitutions a été mieux ciblée et dirigée sur des actions précises, dont la plus importante a été l'organisation de la Consultation interinstitutions de Libreville, qui a défini les domaines dans lesquels le Bureau régional allait collaborer avec chaque institution. Des données sur les projets financés par des ressources extrabudgétaires, tant au niveau du Bureau régional que dans les bureaux de pays, ont été élaborées en vue de faciliter le suivi des projets par l'Organisation et de répondre aux questions et aux préoccupations des bailleurs de fonds.

90. Les services de documentation sanitaire jouent désormais un rôle consultatif à l'échelle régionale et aident les Etats Membres à mettre en place leurs propres structures de documentation sanitaire et à mener des recherches bibliographiques et des activités de formation. Les demandes adressées à cette unité par les Etats Membres se sont fortement accrues. L'Index Medicus africain est désormais accessible par Internet.

La base de données du Bureau régional a porté à 4000 le nombre d'articles ou d'ouvrages répertoriés, tandis que le nombre de pays qui y participent est passé à 10.

91. La couverture par la presse des activités et des réunions de l'OMS à l'intérieur et à l'extérieur du Congo a été nettement renforcée et des médias internationaux tels que la PANA et l'URTNA ont été mobilisés pour appuyer les programmes de santé.

92. La prestation des organes d'information sanitaire a été améliorée grâce à la tenue régulière de points de presse et à l'organisation d'un atelier pour les médias qui a débouché sur la création de centres collaborateurs en matière d'information sanitaire. Les conférences de presse mensuelles données par le Directeur régional et organisées par la Division ont permis d'améliorer sensiblement la visibilité de l'OMS et ses rapports avec les médias.

93. On est en train de préparer un dossier d'information sanitaire destiné à fournir au grand public les indications essentielles sur les mesures à prendre pour éviter certaines maladies et sur la prise en charge des cas.

94. Compte tenu des restrictions financières que connaît l'Organisation, la Division rationalise actuellement ses activités afin de réduire le coût de ses opérations tout en travaillant de façon satisfaisante. Elle établira à cet effet une communication efficace avec la base moyennant des messages simples et concis sur la santé.

Administration et finances

95. M. J. Donald, du Secrétariat, a présenté la partie du rapport relative à l'administration et aux finances. Il a rappelé au Comité les principaux objectifs de la Division : soutien administratif d'ensemble y compris gestion du Bureau, voyages, transports, logements du personnel à Brazzaville, réunions, transmission des documents et autres services similaires; préparation du budget et contrôle budgétaire, comptabilité; recherche, placement et gestion du personnel; enfin, achat de matériels et fournitures aux meilleurs prix du marché.

96. Les principales initiatives et orientations pour la période considérée ont été les suivantes : meilleure justification de tous les inventaires pratiqués par le Bureau régional et efficacité et efficience accrues des services assurés; réorganisation des services du budget et des finances pour qu'ils soient mieux à même de répondre aux besoins des pays et aux besoins techniques; élaboration et mise en oeuvre d'une politique du personnel plus transparente au Bureau régional. Les communications à l'intérieur de la Région et avec le monde extérieur ont également été améliorées et le fonctionnement du service des fournitures a été restructuré afin de mieux répondre aux besoins des pays et des unités techniques.

97. Les grandes réalisations ont été les suivantes : l'état des entrepôts et les inventaires du Bureau régional ont été mis à jour, les articles usagés ou endommagés ont été réformés, le renouvellement des fournitures de consommation courante a été réduit, les réductions consenties sur les billets d'avion ont été immédiatement récupérées à la place de billets gratuits souvent difficiles à utiliser; le coût du transport des documents envoyés par la valise a été réduit grâce à une renégociation des contrats; les services du budget et des finances ont été réorganisés et le processus de décision en matière de budget a été dévolu aux pays et aux services techniques, qui doivent désormais rendre mieux compte des fonds utilisés; trois superviseurs de niveau moyen professionnellement qualifiés ont été recrutés; des micro-ordinateurs ont été installés et on a entrepris de former tout le personnel du budget et des finances.

98. Un document sur la politique du personnel a été élaboré et largement distribué; un projet de base de données est en cours de constitution, l'idée étant de faciliter le recrutement du personnel, en particulier celui des femmes. Un réseau de communications par satellite a été installé et l'on a amélioré les clauses du contrat afin d'y inclure la possibilité d'une connection au réseau informatique local, à Internet et au courrier électronique. Un contrat a été signé avec la SITA pour améliorer les communications autres que téléphoniques entre le Bureau régional et les pays ainsi que les communications entre pays, et pour installer un réseau interne au Bureau régional. On a procédé à une réorganisation du service des fournitures pour mieux répondre aux besoins des pays, en particulier pour l'achat et le stockage de médicaments d'urgence.

99. Parmi les facteurs positifs, il faut citer une meilleure intégration et un meilleur travail d'équipe au sein de la Division; un consensus pour atteindre les objectifs d'ensemble de la Division, le recrutement d'un certain nombre de superviseurs de niveau moyen professionnellement qualifiés et le début de la mise en place de dossiers administratifs à jour qui seront complets, corrects et conformes à la situation réelle. Les principales contraintes ont été la lenteur inévitable dans l'amélioration des services administratifs et dans leur informatisation ainsi que la nécessité de recycler le personnel pour le familiariser avec les nouvelles approches et les nouveaux impératifs.

Discussions

100. Quarante-deux délégués ont successivement pris la parole pour faire des observations sur le document AFR/RC46/3, dont ils ont dans l'ensemble beaucoup apprécié la qualité et la concision.

101. Ils se sont dit très satisfaits du dynamisme qui caractérise désormais la gestion du Bureau régional et qui se reflète sur la performance opérationnelle du Secrétariat.

Mise en oeuvre des résolutions adoptées par le Comité régional à sa quarante-cinquième session

102. Les délégués ont jugé très opportune l'obligation de faire rapport sur le suivi des résolutions adoptées par le Comité régional. Il est manifeste que les pays ont tous fait des efforts significatifs pour appliquer la plupart des résolutions adoptées à la quarante-cinquième session du Comité régional. Certains pays ont toutefois rencontré des difficultés en ce qui concerne la mise en oeuvre de certaines résolutions. Il a été suggéré de procéder à des échanges d'expérience entre pays afin d'aplanir ces difficultés.

103. Puisque l'élaboration de la partie du rapport du Directeur régional relative à ce point de l'ordre du jour dépend énormément des contributions des pays, il est indispensable d'envoyer à temps au Bureau régional des informations complètes. Le temps requis pour mettre en oeuvre des résolutions étant variable, il a été suggéré que, dans certains cas, il conviendrait mieux de faire rapport au Comité régional deux ans après leur adoption.

Développement et direction d'ensemble des programmes

104. Des délégués se sont dit préoccupés par les carences constatées dans la gestion des ressources de santé - et ce, à tous les niveaux des systèmes nationaux de santé. L'OMS a donc été priée d'accorder plus d'attention au renforcement des capacités institutionnelles des pays en matière de gestion sanitaire.

105. Les ministères de la santé doivent jouer le rôle dirigeant en matière de formulation des politiques, de planification, d'élaboration et d'application des normes, de mobilisation et d'affectation des ressources, ainsi que dans la surveillance et l'évaluation. D'autres fonctions qu'assument actuellement les ministères de la santé devraient être progressivement décentralisées vers les échelons inférieurs. L'intégration des programmes, la coordination des activités et la collaboration intersectorielle sont également des préalables à l'amélioration de la gestion des ressources.

106. Des délégués ont cependant fait observer que les ressources actuellement disponibles restaient insuffisantes pour dispenser le paquet minimum de services essentiels, même si la gestion s'améliore. La mobilisation de ressources supplémentaires doit donc être vue comme un élément déterminant de toute stratégie régionale de développement sanitaire en Afrique.

107. Les pays doivent assumer un rôle dirigeant dans le développement sanitaire national. L'élaboration de politiques claires, une planification sanitaire détaillée faisant intervenir tous les acteurs et la ferme volonté politique de mettre en oeuvre le plan sont indispensables à la mise en place d'un partenariat et d'une coordination effectifs.

108. L'instabilité politique, les conflits civils et les guerres sont les principaux obstacles au développement sanitaire de la Région. Il a donc été souligné à plusieurs reprises que la paix était nécessaire. Promouvoir sans cesse la "paix en faveur de la santé" est devenu un besoin impérieux dans la Région.

109. La communauté internationale et, en particulier, l'Organisation mondiale de la Santé doivent répondre de façon appropriée aux besoins sanitaires et humanitaires des populations touchées.

110. Après de longues discussions sur la nécessité de la paix dans la Région, le Comité a adopté la résolution AFR/RC46/R4.

111. Le Comité a examiné le problème de l'assistance humanitaire au Burundi; un projet de résolution relatif à ce problème n'a pas été adopté.

Développement des services de santé

112. De nombreux pays mènent actuellement des programmes de réforme du secteur de la santé axés sur des questions stratégiques telles que décentralisation, financement des soins de santé et renforcement des systèmes de gestion pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. Les participants ont souligné à cet égard la nécessité de directives régionales appropriées et d'indicateurs de surveillance et d'évaluation de la mise en oeuvre des programmes du secteur de la santé par les pays.

113. Il appartient aux pays africains de prendre l'initiative de la formulation de leurs programmes de réforme du secteur sanitaire, notamment pour définir ou réviser leurs politiques de santé, puisqu'ils sont les mieux placés pour connaître leurs propres besoins. En outre, il est important que les pays dirigent et maîtrisent eux-mêmes les programmes de réforme s'ils veulent en assurer la viabilité. Il a été noté que la réforme de la santé devait se fonder sur des faits concrets - d'où l'importance de la recherche sur les systèmes de santé.

114. Il faut que la mise en oeuvre de l'Initiative spéciale du système des Nations Unies pour l'Afrique réussisse. L'échange d'informations à tous les stades de cette mise en oeuvre sera important.

115. Un appel à la prudence a été lancé pour tous les cas où des pays envisagent de procéder à une privatisation car de nombreux groupes démunis risqueraient de se voir refuser l'accès aux services de santé. En Afrique, celui qui tombe malade devient également plus pauvre.

116. Puisqu'on sait que plus de la moitié des populations africaines vivent dans la pauvreté, il est évident que les mesures visant à atténuer la pauvreté ont toute leur importance pour le développement sanitaire de la Région. La priorité devra donc être accordée à ces mesures qui, si elles sont effectivement mises en oeuvre, permettront aussi une plus forte mobilisation de ressources, les utilisateurs étant alors plus enclins et mieux à même de payer des services de santé de qualité.

117. Dans la Région africaine, la couverture sanitaire est encore insuffisante. La médecine traditionnelle reste le principal recours pour d'importantes couches de populations africaines. Il faut donc accorder davantage d'attention au renforcement de la médecine traditionnelle, en général, et de la médecine à base de plantes, en particulier.

118. Le manque de personnel de santé qualifié compromet la fourniture de soins de santé de qualité dans la Région. Le programme de bourses de l'OMS a cependant contribué à l'amélioration de la situation. Il faut aussi accorder une plus grande attention à la création des conditions qui permettront d'endiguer et même d'inverser l'exode de compétences des professionnels de la santé de la Région, formés à grands frais.

119. La mise en place de programmes d'assurance de la qualité des soins de santé est apparue comme une urgente nécessité pour les services de santé de la Région. Le renforcement de la qualité des soins est important si l'on veut que les services soient davantage utilisés et que les utilisateurs soient plus enclins à payer pour ces services. L'appui technique aux programmes d'assurance de la qualité des pays doit se voir accorder un rang de priorité plus élevé.

120. Les délégués se sont félicités de l'achat de médicaments réalisé à partir des économies faites au Bureau régional, médicaments qui ont été distribués à la plupart des pays. Des propositions ont été faites quant aux moyens de résoudre certains problèmes rencontrés au niveau de la distribution, par exemple quantités de médicaments excessives par rapport aux besoins ou catégories de médicaments inadaptées au profil local de

la morbidité. Il a été demandé de renforcer l'appui technique pour permettre à certains pays de concevoir et mettre en oeuvre des systèmes communautaires appropriés de financement de la santé, notamment des fonds renouvelables pour les médicaments.

Promotion et protection de la santé

121. A part les Seychelles et Maurice, dont les taux de mortalité maternelle avoisinent zéro, la plupart des pays de la Région ont enregistré des taux qui restent inacceptables. Il faut se pencher sur les questions intéressant spécifiquement les femmes et faire de ces dernières des agents de santé au sein de la famille en leur donnant l'information et l'éducation voulues en santé.

122. Les problèmes des jeunes et des adolescents sont principalement d'ordre comportemental; il s'agit notamment de l'abus de l'alcool et d'autres substances ainsi que des grossesses précoces. Il est indispensable d'élaborer des politiques destinées à ce groupe de population et de mettre en place des programmes pertinents grâce à une action multisectorielle.

123. Il faut promouvoir plus activement la salubrité de l'environnement et l'assainissement, en particulier l'accès à l'eau potable et l'élimination hygiénique des déchets. La Déclaration de Brazzaville sur l'Initiative Afrique 2000 doit être étudiée de près et dotée d'un cadre qui garantira sa mise en oeuvre effective dans les pays.

Lutte intégrée contre la maladie

124. La gravité du problème posé par le VIH/SIDA et les MST dans la Région a été soulignée à plusieurs reprises. Les pays ont fait le point de la mise en application de la résolution AFR/RC45/R1 en abordant tout particulièrement les questions suivantes : impact socio-économique; approche multisectorielle nationale; participation de la société civile y compris des chefs religieux; sensibilisation à la nécessité de changer les comportements; enfin, collaboration avec l'ONUSIDA.

125. Concernant la résolution AFR/RC45/R4 sur la lutte contre le paludisme, les pays ont rendu compte des activités qu'ils avaient entreprises et des progrès réalisés en 1995. Les principales interventions signalées sont les journées de mobilisation sociale, la prise en charge correcte des cas et la promotion de moustiquaires et autres matériels imprégnés d'insecticide.

126. A la demande du Directeur général de l'OMS, le paludisme figurera à l'ordre du jour du Sommet de l'OUA qui doit se tenir à Harare (Zimbabwe) en 1997.

127. A titre d'introduction à son exposé sur l'état d'avancement de la mise au point d'un vaccin antipaludique, le Dr Tore Godal, Directeur du Programme de Recherche sur les Maladies tropicales (TDR), a précisé que le combat contre le paludisme se situait au niveau des ménages et de la communauté, comme le montrent les importants essais de matériels imprégnés d'insecticide qui ont été récemment menés à bien en Gambie, au Burkina Faso, au Ghana et au Kenya. Ces essais ont montré que l'utilisation des matériels imprégnés pouvait sauver un enfant sur quatre, c'est-à-dire réduire la mortalité infantile *globale* de 25 %. De plus, au Kenya, le nombre de cas de paludisme graves adressés à l'hôpital de district a pu être réduit de 44%.

128. Le Dr Godal a déclaré que des progrès notables sont enregistrés dans les essais cliniques de candidats-vaccins. Jusqu'à présent, plusieurs de ces candidats-vaccins ont déjà subi les essais de phase I. Il s'agit :

- 1) d'un vaccin antisporezoïtaire;
- 2) de trois vaccins anti-stade-érythrocytaire;
 - a) du vaccin colombien (SPF66);
 - b) d'un vaccin australien /Hoffman La Roche;
 - c) d'un vaccin américain (NYVAC) où sept antigènes sont inclus dans un vaccin antivariolique recombiné;
- 3) d'un vaccin bloquant la transmission (NIH, Etats-Unis d'Amérique).

129. L'innocuité de tous ces vaccins semble assurée mais, jusqu'ici, l'immunogénicité de trois d'entre eux ne s'est pas révélée suffisante. Le vaccin australien fait actuellement l'objet d'essais cliniques de phase I - III en Papouasie - Nouvelle-Guinée.

130. Le vaccin colombien SPF66 se trouve au stade le plus avancé puisqu'il a subi un certain nombre d'essais de phase III. En Colombie et en Tanzanie, l'effet protecteur s'est avéré être de 30 à 40 % mais, en revanche, les essais menés en Gambie et en Thaïlande n'ont pas fait apparaître de protection significative. Un deuxième essai est prévu en Tanzanie.

131. Parallèlement, quatre à six autres candidats-vaccins devraient en principe parvenir au stade des essais cliniques d'ici un à quatre ans. Plus important encore, on adopte actuellement de nouveaux adjuvants et d'autres modifications afin de renforcer l'immunogénicité des candidats-vaccins existants. Dans des systèmes expérimentaux, ces candidats-vaccins de "deuxième génération" confèrent une protection nettement plus forte.

132. Le Dr Godal a conclu en invitant instamment les responsables des programmes de lutte antipaludique à axer leurs activités sur l'utilisation des outils et des technologies existants plutôt qu'attendre un vaccin efficace.

133. Les moustiquaires, rideaux et autres matériels imprégnés d'insecticide, s'ils sont correctement utilisés, contribueront à réduire en moyenne de 25 % la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans dans les zones d'endémie, comme la preuve en a été faite au Kenya, en Gambie, au Burkina Faso et au Ghana.

134. Il sera plus facile de faire accepter cet outil de lutte antipaludique dans les pays où la population utilise déjà couramment des moustiquaires normales. Là où les moustiquaires ne sont guère ou pas utilisées, il faudra mener une campagne active d'information et d'éducation pour encourager les gens à les utiliser largement. Peut-être faudra-t-il mener des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques pour définir les stratégies les plus pertinentes. Là où les moustiquaires ne sont pas d'usage courant, les rideaux imprégnés d'insecticide se sont avérés une solution de rechange efficace.

135. Les délégués ont affirmé leur volonté d'atteindre les objectifs du Programme élargi de Vaccination, moyennant en particulier une amélioration de la gestion du programme et de la qualité des services, des activités complémentaires comme les journées nationales de vaccination et une surveillance active des maladies cibles du PEV. Les efforts concertés des Etats Membres, du Rotary International, de l'UNICEF, de l'OMS et d'autres partenaires en vue de l'éradication de la poliomyélite ont été vivement appréciés et les délégués ont prodigué des encouragements dans ce sens.

136. S'agissant de la production de vaccins, il a été signalé que des équipes de l'OMS venaient de terminer leurs visites aux installations de production existant dans quatre pays de la Région (Afrique du Sud, Cameroun, Nigéria et Sénégal). Leur évaluation montre qu'il faut moderniser une partie du matériel des installations de production de vaccins qui fonctionnent déjà et achever d'équiper les usines nouvellement construites, en particulier au Nigéria et en Afrique du Sud. Des missions de suivi et d'évaluation sont prévues; elles se concentreront sur la création d'institutions nationales de contrôle chargées de garantir la production de vaccins de qualité. Le Directeur régional présentera au Comité régional, à sa quarante-septième session, un rapport exhaustif sur la capacité de production de vaccins dans la Région.

Coordination extérieure et promotion du programme

137. Dans le cadre de l'amélioration de la gestion des ressources dans la Région, des délégués ont estimé qu'il fallait réexaminer la fréquence ou la durée des sessions du Comité régional. Bien que le consensus se soit fait sur l'option tendant à réduire la durée de la session, le Comité régional a décidé que le Secrétariat devrait se pencher sur l'autre option tendant à réduire la fréquence des sessions et lui faire rapport à sa quarante-huitième session.

138. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC46/R3 sur la durée de ses sessions.

Administration et finances

139. Le système de gestion financière avisée et l'obligation de rendre compte, qui ont déjà débouché sur de très nettes améliorations dans l'affectation et l'utilisation des ressources au Bureau régional, doivent aussi être appliqués au niveau des pays.

Initiative spéciale du système des Nations Unies pour l'Afrique : Réforme du secteur de la santé (document AFR/RC46/21)

140. Les questions liées à l'Initiative spéciale du système des Nations Unies ont été présentées par le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional, M. Edward Elmendorf de la Banque mondiale et M. Daouda Touré du PNUD. De nombreuses délégations sont ensuite intervenues sur ce point.

141. Il était manifeste que, pour le Comité régional, cette initiative constituait une action positive. Bien qu'elle soit axée sur les pays et que les activités de mise en oeuvre doivent donc se dérouler essentiellement au niveau des pays, il a été demandé que certaines activités soient menées au niveau régional ou interpays, y compris les réunions permettant de procéder à des échanges de données d'expérience. Ces activités exigeront un financement, tout comme celles qui sont menées au niveau des pays. Il a donc été demandé que des efforts soient faits pour mobiliser les fonds nécessaires.

142. Le Directeur régional informera le Comité administratif de coordination de l'issue des délibérations du Comité régional à ce sujet. Il suivra également la mise en oeuvre de l'Initiative et fera rapport chaque année au Comité régional.

CORRELATION ENTRE LES TRAVAUX DU COMITE REGIONAL, DU CONSEIL EXECUTIF ET DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

143. En présentant les documents AFR/RC46/4, AFR/RC46/5 et AFR/RC46/6, le Dr N. Nhiwatiwa, du Secrétariat, a fait ressortir les modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa quatre-vingt-dix-septième session, les incidences pour la Région de l'ordre du jour des prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que la méthode de travail et la durée de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC46/4)

144. Au sujet du document AFR/RC46/4, l'idée de créer un groupe consultatif du programme pour les soins infirmiers et obstétricaux a été favorablement accueillie. Il faudrait prendre des mesures pour garantir une large participation des pays membres et un travail vraiment productif du groupe.

145. Lors du débat sur la mise en oeuvre de la résolution WHA49.4 relative aux arriérés de contributions, le Comité régional a recommandé qu'une attention spéciale soit accordée à la situation des pays membres confrontés à des difficultés particulières et que le Secrétariat propose des mécanismes reposant sur la solidarité avec ces pays.

146. Tout en se félicitant des efforts déployés pour améliorer la participation des femmes à l'action de l'OMS, les délégués ont jugé qu'il fallait aussi renforcer le rôle des femmes dans les pays.

147. Au sujet des stratégies de lutte antipaludique dans la Région, l'accord s'est fait sur la nécessité d'adapter la stratégie fondée sur l'utilisation de matériels imprégnés au contexte local et au comportement de la population.

148. La nécessité d'améliorer les stratégies de promotion de l'allaitement au sein ainsi que la nutrition du nourrisson et du jeune enfant a d'autre part été soulignée.

149. Les fabricants de substituts du lait maternel exercent une énorme pression, en raison des profits en jeu. Même s'il faut encourager l'allaitement au sein, le moment est venu de réexaminer l'utilisation des substituts du lait maternel compte tenu des risques de transmission du VIH par le lait maternel. Des moyens de promotion de l'allaitement au sein faisant appel aux femmes elles-mêmes seront plus utiles que la formation d'agents de santé aux techniques de l'allaitement au sein.

150. Pour leur part, l'OMS et l'UNICEF devront réexaminer régulièrement les lignes directrices en matière de formation pour veiller à ce qu'elles continuent d'être favorables à la santé des bébés.

151. Pour ce qui est du cadre international de la lutte antitabac, les pays doivent poursuivre leurs efforts pour décourager la consommation de tabac, particulièrement parmi les enfants et les jeunes. L'OMS devrait collaborer avec la FAO et les bailleurs de fonds pour aider les pays à passer de la production du tabac à d'autres cultures de substitution.

Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
(document AFR/RC46/5)

152. Le Comité régional a pris note des ordres du jour provisoires de la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé, ainsi que de leur corrélation avec l'ordre du jour provisoire de la quarante-septième session du Comité régional.

Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC46/6)

153. Le bien-fondé de la décision visant à mettre fin à la réunion quotidienne des délégués africains à l'Assemblée mondiale de la Santé a été mis en question. Le Directeur régional a précisé que cette décision résultait d'une recommandation du Conseil exécutif.

Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

154. En suivant l'ordre alphabétique anglais comme d'habitude, l'Angola, le Bénin, le Botswana et le Burkina Faso ont désigné des personnes devant faire partie du Conseil exécutif à partir de la quatre-vingt-dix-huitième session du Conseil exécutif. Ces délégués se joindront à ceux de l'Algérie, de la Zambie et du Zimbabwe.

Réunion informelle du Comité régional

155. Cette réunion se tiendra sur convocation du Directeur régional le lundi 5 mai 1997 au Palais des Nations, à Genève, pour confirmer les décisions prises par le Comité régional à sa quarante-sixième session.

ACTIVITE DE L'OMS DANS LA REGION AFRICAINE (suite) : EXAMEN DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC46/7)

Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999 (document AFR/RC46/2)

156. Lors de la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme, le Président du Sous-Comité, le Dr B. Darret Seheri, a remercié le Sous-Comité de lui avoir fait l'honneur et le privilège de le porter à la présidence du Sous-Comité. Il s'est félicité de l'ouverture d'esprit avec laquelle les membres du Sous-Comité avaient examiné les divers documents et a beaucoup apprécié l'appui et les orientations fournis au Sous-Comité par le Directeur régional et ses collaborateurs.

157. Le document AFR/RC46/2 a été présenté par le Président du Sous-Comité du Programme, le Docteur B. Darret Seheri, qui a mis en exergue certains des aspects essentiels du projet de budget programme et a d'autre part appelé l'attention du Comité sur les principales observations et recommandations formulées par le Sous-Comité sur le document.

158. Le Comité s'est félicité de la qualité du document, facile à consulter. Quelques erreurs concernant les chiffres relatifs aux pays ont été rectifiées.

159. Bien que conscients des problèmes économiques que connaissent les pays membres, le non-paiement des contributions est apparu comme un problème préoccupant.

160. Le Comité a pris note avec satisfaction de la réduction des dépenses administratives et de la création de l'Unité chargée de la Surveillance de l'Utilisation des Ressources. L'Unité devrait se concentrer sur la définition des priorités de dépenses du Bureau régional pour que les ressources - qui sont limitées - puissent servir à résoudre les problèmes de santé prioritaires de la Région.

161. Le Comité a adopté la résolution AFR/RC46/R1 sur le Projet de Budget Programme.

Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans la Région africaine (document AFR/RC46/8)

162. La stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les MST proposée dans la Région africaine a fait l'objet d'un débat très approfondi en même temps que le rapport du Sous-Comité du Programme. Les délégués ont beaucoup apprécié la qualité du document, qui fait apparaître un véritable changement d'orientation positif par rapport à ce qui a été fait jusqu'à présent.

163. Les délégués ont procédé à un échange d'information sur la situation actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA dans leurs pays, sur les progrès réalisés et les obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre des programmes ainsi que sur la création de groupes thématiques ONUSIDA, dont la plupart sont présidés par des Représentants de l'OMS. Il a été noté que, si une stabilisation de l'épidémie avait été constatée dans certains groupes en Ouganda, il fallait toutefois se garder de généraliser à l'ensemble de la population d'un pays.

164. Il a été souligné que, même si de nombreux pays avaient accepté le principe d'une approche multisectorielle du programme national de lutte contre le SIDA, la question de la coordination restait un défi de taille. Ce problème comporte bien des dimensions, notamment la coordination entre différents secteurs, les institutions du système des Nations Unies et les bailleurs de fonds. La nécessité d'améliorer sans cesse la collaboration entre l'ONUSIDA et l'OMS a été mise en relief.

165. La pérennité des programmes nationaux de lutte contre le SIDA dépend en grande partie des facteurs suivants : décentralisation, intégration, participation réelle de la communauté, participations des chefs religieux et autres personnalités influentes ainsi que de tous les autres acteurs concernés. On peut aussi contribuer à la pérennité des activités en évitant que les bailleurs de fonds et d'autres partenaires créent des structures de gestion parallèles.

166. De sérieuses préoccupations ont été exprimées concernant la disponibilité des médicaments et leur accessibilité financière pour la plupart des patients de la Région.

167. Bien que de nombreux pays aient fait quelques progrès dans le domaine de la sécurité du sang, on continue de pratiquer des transfusions de sang non testé dans la Région. Les délégués ont insisté sur la nécessité de garantir la sécurité du sang, notamment en fournissant des réactifs pour le dépistage.

168. La recherche sur le continent africain devrait se voir accorder un rang de priorité élevé. Celle-ci ne devrait pas se limiter à la recherche opérationnelle. Il faudrait s'atteler à des questions telles que les essais cliniques y compris la thérapie à base de plantes, les microbicides intravaginaux, la transmission périnatale, la polychimiorésistance des cas de tuberculose associés à l'infection à VIH, la transmission du VIH par le lait maternel et, enfin, les changements de comportement.

169. Il faudrait encourager et appuyer vigoureusement la collaboration entre pays appartenant au même bloc épidémiologique. Il faudrait faire connaître avec plus de dynamisme les succès enregistrés, notamment en publiant des bulletins sur des questions liées à la prise en charge du VIH/SIDA en Afrique.

170. Le niveau de sensibilisation au problème du VIH/SIDA est élevé, mais on note que peu de changements de comportement sont intervenus. Aussi les délégués ont-ils instamment demandé que des stratégies dynamiques soient appliquées de manière à encourager les changements positifs de comportements, spécialement parmi les jeunes et les adolescents. Ces stratégies devraient faire activement intervenir les parents, les syndicalistes, les chefs religieux et d'autres personnalités influentes.

171. Tout en encourageant l'abstinence et la fidélité, il faut que les chefs religieux et autres personnes influentes cessent de dissuader les gens d'utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels.

172. Les femmes sont plus vulnérables au VIH/SIDA dans le contexte africain à cause de leur statut socio-économique et aussi des traditions et de la culture. Tout en oeuvrant pour rendre disponibles des mesures préventives utilisables par les femmes, on veillera à améliorer leur statut socio-économique dans le cadre d'une stratégie à long terme.

173. Dans les pays confrontés à des situations exceptionnelles comportant des mouvements de population massifs, il faut mettre en place des stratégies appropriées et mobiliser des ressources suffisantes. C'est l'occasion de souligner la nécessité de la paix dans la Région.

174. Les financements extérieurs se sont raréfiés alors même que le problème prend une ampleur croissante, et le déficit de ressources s'est creusé tant pour la prévention que pour les soins. Les délégués ont souligné qu'il fallait trouver d'autres sources de financement et mobiliser davantage de fonds auprès des sources existantes - qu'elles soient nationales ou extérieures - en faveur des programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Les gouvernements devraient allouer davantage de crédits budgétaires. Un financement accru et bien géré garantira la bonne mise en oeuvre de tous les axes du programme.

175. Le rôle des organisations intergouvernementales qui s'occupent de santé a été mis en relief. Il est très important qu'elles soient pleinement associées aux actions entreprises.

176. Le Dr Dorothy Blake, Directeur de l'Unité de Lutte contre le SIDA/MST au Siège de l'OMS, a fait savoir qu'elle approuvait totalement la stratégie régionale proposée. Elle a souligné les succès enregistrés par les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les MST en Afrique, en particulier en ce qui concerne la lutte contre les MST et son impact sur la lutte contre le VIH/SIDA (sur la base de l'étude faite à Mwanza, en Tanzanie) ainsi que les changements comportementaux et les soins comme le montre l'expérience de l'Association TASO en Ouganda.

177. La politique de l'OMS en matière de lutte contre le SIDA/MST est en cours de finalisation et sera présentée au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé en 1997. Elle a ajouté que son unité, en collaboration avec l'ONUSIDA, continuera de renforcer et de soutenir la réponse de l'OMS à tous les niveaux.

178. Le Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a fait le point de la mise en oeuvre de l'ONUSIDA à tous les niveaux. Il a signalé les progrès réalisés et les obstacles rencontrés. Il a précisé qu'il soutenait à fond la stratégie régionale proposée pour la lutte contre le VIH/SIDA et a estimé qu'il était nécessaire de documenter les meilleures pratiques réalisées dans les pays et de les faire connaître.

179. Il a informé le Comité que deux études multicentriques financées par l'ONUSIDA étaient en cours dans la Région. Ces études ont trait à la prévention de la transmission périnatale et aux microbicides intra-vaginaux. On s'efforce également de faire progresser la mise au point d'un vaccin. Il a reconnu que la disponibilité de traitement pour les malades du SIDA dans les pays en développement constituait un défi et il a promis de travailler activement à le relever.

180. Il a conclu que pour pouvoir mobiliser des ressources, il était vital d'avoir une vision claire, et une gestion transparente, et d'obtenir des résultats concrets.

181. Le Directeur régional a remercié les délégués de leurs précieuses contributions, dont il a été pris bonne note et qui serviront à enrichir le rapport. Il a informé les participants au Comité que le Bureau régional travaillait déjà dans le domaine de la médecine traditionnelle appliquée à la lutte contre le SIDA et finançait

quelques activités du laboratoire national de recherche (Cité Pasteur) de Brazzaville à la demande du Président Pascal Lissouba. Il a ajouté que des négociations étaient en cours avec l'industrie pharmaceutique pour mettre à la disposition des malades du SIDA en Afrique des médicaments à un prix abordable. Il a conclu en indiquant qu'il ferait rapport sur la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les MST à la quarante-septième session du Comité.

182. Le Comité régional a adopté la résolution AFR/RC46/R2.

Actualisation de la stratégie de la santé pour tous dans la Région africaine (document AFR/RC46/9)

183. Cette partie du rapport du Sous-Comité du Programme a été présentée par le Dr M. Adama Maïga, membre du Sous-Comité.

184. Pendant le débat, on a fait remarquer qu'il serait préférable de ne pas fixer d'autre date butoir pour atteindre l'objectif, puisque la santé pour tous devait être une aspiration intemporelle.

185. Diverses autres observations ont été formulées au cours des discussions, en particulier sur la nécessité d'adopter une approche multisectorielle dans le processus d'actualisation et d'évaluer les principaux obstacles qui entravent la réalisation de l'objectif, y compris la fuite de cerveaux favorisée et encouragée par les pays développés, la pauvreté, le chômage et l'instabilité politique.

186. L'actualisation de la stratégie de la santé pour tous devrait tenir suffisamment compte des ressources nécessaires et de la manière de bien les mobiliser. Dans cette démarche, il faudrait aussi donner davantage de pouvoirs aux communautés.

187. Il faudrait assurer une collaboration et une coordination des initiatives à tous les niveaux, en impliquant tous les acteurs. Le rôle des hôpitaux devra être précisé clairement.

188. Les données épidémiologiques devraient servir de base pour fixer les nouvelles cibles et pour élaborer les plans d'action relatifs à l'actualisation de la stratégie de la santé pour tous.

189. Il faudrait examiner dans un esprit de partenariat et de solidarité internationale les questions éthiques et garantir les droits de tous les Africains dans le cadre des changements survenant à l'échelle mondiale et des réformes en cours au sein du système des Nations Unies et de l'OMS.

190. La question de la responsabilité des pays développés dans la fuite sans précédent des cerveaux qui a contribué pour beaucoup à compromettre la réalisation de l'objectif de la santé pour tous dans la Région a suscité un long débat, à la suite duquel il a été décidé de créer un groupe spécial chargé d'étudier la question en détail et de faire rapport au Comité régional à sa prochaine session; de demander au Directeur régional de tenir l'OUA et l'Assemblée mondiale de la Santé informées des préoccupations du Comité régional.

Examen de la mission et des fonctions de l'OMS (document AFR/RC46/20)

191. Cette partie du rapport a été présentée par le Dr M. Adama Maïga, membre du Sous-Comité du Programme, qui a souligné la principale recommandation du Sous-Comité, à savoir que le Comité régional crée un groupe de travail pour élaborer la contribution de la Région africaine.

192. M. Topping, Conseiller juridique de l'OMS, a donné quelques informations générales expliquant pourquoi la question traitée dans le document avait été soumise au Comité régional. Puisque la Constitution de l'OMS datait d'environ 50 ans, il était nécessaire de la réexaminer afin de déterminer sa pertinence en 1996 et au-delà, en particulier s'agissant de la vision, de la mission et des fonctions de l'OMS. Les comités régionaux et le Groupe de travail du Conseil exécutif ont été priés de faire des recommandations au Conseil exécutif sur cette question.

193. Pour certains délégués, la révision de la mission et des fonctions de l'OMS ne constituait pas la question essentielle : le problème résidait plutôt dans l'inadéquation de la composante technique de

l'organisation; d'autres délégués ont fait remarquer que la manière dont la santé avait été définie ainsi que la question de l'équité en matière de santé nécessitaient d'être revues dans tout examen de la mission et des fonctions de l'OMS.

194. Il a été décidé que le Sous-Comité du Programme devrait délibérer plus avant sur cette question et faire des propositions concrètes qui constitueraient la contribution du Comité régional au débat.

195. Après avoir analysé la situation, le Sous-Comité a fait observer que la révision de la Constitution était une tâche trop importante pour être discutée dans un délai aussi bref. Comme ce travail exige que l'on consulte toute la documentation y afférente, le Sous-Comité a recommandé au Comité régional de créer un groupe de travail multidisciplinaire, composé de cinq membres, dont le mandat serait le suivant :

- recueillir l'ensemble des préoccupations exprimées par les Etats Membres de la Région africaine et des autres Régions de l'OMS concernant la Constitution;
- examiner la pertinence des modifications proposées compte tenu des problèmes, des réalités et des stratégies de la Région;
- examiner la Constitution de l'OMS compte tenu de cette vision et de ces stratégies;
- soumettre des propositions qui prennent en compte les réalités africaines.

196. Le groupe de travail serait composé de cinq pays membres de la Région, dont les représentants auraient les compétences voulues notamment en santé publique et dans le domaine juridique.

197. Le groupe de travail pourrait faire appel à toute personne dont les compétences lui semblent utiles pour mener à bien son travail.

198. Le groupe se verrait accorder suffisamment de temps pour soumettre un rapport d'activité à la prochaine session du Comité régional.

199. Le Comité régional a estimé que certaines questions liées à la Constitution comme les arriérés de contributions devaient être portées à l'attention du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé dès que possible. Le calendrier et les modalités de la contribution de la Région africaine à la révision ont été débattus.

200. Après avoir procédé à une longue discussion et consulté le Conseiller juridique de l'OMS, le Comité régional a décidé de demander au Directeur régional de créer le groupe de travail qui, en consultation avec les membres du Conseil exécutif représentant la Région africaine, préparerait la contribution de la Région à temps pour qu'elle puisse être soumise au Comité régional à sa quarante-septième session.

Création du Centre régional africain de la Santé et de l'Environnement (document AFR/RC46/10)

201. Cette partie du rapport a été présentée par M. P. Gomes, membre du Sous-Comité du Programme.

202. Il a été souligné que les problèmes de salubrité de l'environnement étaient importants dans la Région africaine et qu'il fallait s'y attaquer sérieusement. L'idée de créer un centre régional africain de la santé et de l'environnement ainsi que l'offre du Gouvernement de l'Afrique du Sud de l'abriter ont été favorablement accueillies.

203. Cependant, des préoccupations ont été exprimées sur un certain nombre de points importants, notamment : le financement du centre par des contributions provenant du budget de l'OMS affecté aux pays pour la salubrité de l'environnement; le lien entre le centre envisagé, les institutions régionales qui s'occupent déjà de salubrité de l'environnement et les institutions intéressées telles que le PNUE, la CNUED et la BAD;

la dimension intersectorielle de ce centre; l'autorité dont disposeront les pays sur le centre et son accessibilité pour les Etats Membres; l'aptitude à travailler en anglais, en français et en portugais; et la pertinence du centre envisagé face aux besoins à court terme des pays.

204. La délégation de l'Afrique du Sud a fait savoir que son offre d'abriter le centre resterait toujours valable et qu'elle était prête à engager des discussions plus approfondies avec les pays membres et le Bureau régional.

205. Compte tenu de ces considérations, le Comité régional a décidé :

- i) d'accepter dans son principe l'offre de l'Afrique du Sud d'abriter le centre;
- ii) de demander au Directeur régional :
 - d'examiner plus avant la possibilité de mobiliser des fonds provenant d'autres sources;
 - de veiller à ce que le financement du centre, d'où qu'il provienne, ne compromette pas l'appui aux programmes de pays;
 - de tenir compte de l'existence d'institutions analogues dans la Région pour pouvoir mettre sur pied un réseau de centres pour la santé et l'environnement.

Participation des Etats Membres au Sous-Comité du Programme

206. Le Président a remercié la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kenya et le Lesotho dont le mandat a expiré au cours de la présente session. Il a informé le Comité que ces pays seront remplacés par l'Erythrée, le Mozambique, la Namibie, le Niger, le Nigéria et l'Afrique du Sud (Décision de procédure No 7).

207. Clôturant ses débats sur ce point, le Comité régional a approuvé le rapport du Sous-Comité du Programme.

DISCUSSIONS TECHNIQUES (documents AFR/RC46/TD/1 et AFR/RC46/TD/2)

Présentation du rapport des Discussions techniques (document AFR/RC46/11)

208. Le Professeur Tshibassu Mubiay, Président des Discussions techniques, a présenté au Comité le rapport des Discussions techniques.

209. Le rapport énumère une série d'obstacles à l'intégration effective de la surveillance et de l'évaluation dans le processus gestionnaire national et recommande plusieurs mesures aux niveaux régional et national pour remédier à la situation.

210. L'accent a été mis tout particulièrement sur la promotion de la surveillance et l'évaluation à tous les niveaux du système national de santé, en particulier au niveau opérationnel, c'est-à-dire celui du centre de santé. A cet égard, il faut s'intéresser en priorité à la formation fondée sur les compétences, à la dotation en matériel suffisant, à la mise en place de systèmes pertinents et sensibles d'information pour la gestion sanitaire, à l'établissement de plans d'action concrets, à une supervision capable d'apporter un appui réel, à une décentralisation efficace et à la maîtrise nationale du système de surveillance et d'évaluation.

211. Il a été recommandé que le Directeur régional continue à fournir un appui technique et financier aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leurs capacités nationales de surveillance et d'évaluation dans le cadre du processus gestionnaire.

Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1997
(document AFR/RC46/12)

212. Le Comité régional a nommé le Dr Alex Quarmyne Président et M. Claude Ondongo Président suppléant des Discussions techniques de la quarante-septième session du Comité régional de l'Afrique.

Choix du sujet des Discussions techniques de 1997 (document AFR/RC46/13)

213. Le Comité régional a décidé que le thème des Discussions techniques de 1997 serait "Santé, information et communication : combler les écarts".

DATES ET LIEUX DES QUARANTE-SEPTIEME ET QUARANTE-HUITIEME SESSIONS
DU COMITE REGIONAL EN 1997 ET 1998 (document AFR/RC46/14)

214. Le Comité régional a confirmé, conformément au Règlement intérieur, qu'il acceptait l'invitation du Gouvernement de l'Afrique du Sud de tenir sa quarante-septième session en Afrique du Sud du 1er au 5 septembre 1997.

215. Le Comité a également décidé de tenir sa quarante-huitième session à Brazzaville, sauf si un pays l'invitait à se réunir ailleurs et, conformément aux dispositions de la résolution AFR/RC41/R13, acceptait de prendre en charge la totalité des dépenses supplémentaires entraînées par l'organisation de la réunion à l'extérieur du Bureau régional.

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE REGIONAL (document AFR/RC46/15)

216. Le rapport de la quarante-sixième session du Comité régional a été adopté.

CLOTURE DE LA QUARANTE-SIXIEME SESSION DU COMITE REGIONAL

217. Dans son discours de clôture, le Dr Ebrahim M. Samba a exprimé sa joie et celle du Secrétariat de constater que la salle de conférence était restée pleine tout au long de la session. La qualité des débats a été sans précédent. Les délégués ont été précis et concis dans leurs interventions. De fait, le Comité régional a donné au Secrétariat des orientations et des directives très claires et très précises sur tous les principaux points inscrits à l'ordre du jour de la réunion.

218. Il a remercié les délégués et a réaffirmé l'engagement qu'il avait pris, au moment de son élection, de faire tout ce qui est en son pouvoir pour que le Bureau régional de l'Afrique soit l'un des meilleurs de toutes les Régions de l'OMS. Il a déclaré qu'à son avis, le poste de Directeur régional n'est pas seulement une fonction, mais une mission.

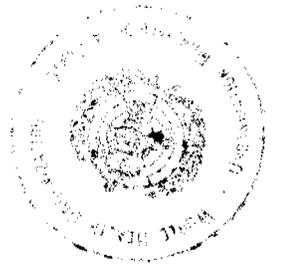
219. Il a promis de continuer à donner le meilleur de lui-même et a exhorté les délégués à collaborer positivement pour aider l'Afrique.

220. M. Christophe Dabiré, Ministre de la Santé du Burkina Faso, a présenté au nom des délégués une motion de remerciements au Gouvernement et au peuple de la République du Congo (résolution AFR/RC46/R5).

221. Le Président de la quarante-sixième session du Comité régional, M. Joshua M. Angatia, a remercié les délégués pour son élection et pour leur coopération. Il a attribué aux facteurs suivants le fait que les travaux du Comité régional se soient terminés avant la date prévue : clarté et concision des documents qui ont été envoyés à temps aux délégués; brièveté et franchise des interventions; et faible nombre de résolutions.

222. Il a exhorté le Directeur régional à poursuivre le bon travail qu'il a commencé et l'a assuré du soutien du Comité régional en ce qui concerne sa collaboration avec les bailleurs de fonds et avec les institutions du système des Nations Unies, dans le cadre de son mandat.

223. Il a déclaré close la quarante-sixième session du Comité régional.



PARTIE III

ANNEXES

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS
LISTA DOS PARTICIPANTES**

**1. REPRESENTATIVES OF MEMBER STATES
REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES
REPRESENTANTES DOS ESTADOS-MEMBROS**

**ALGERIA
ALGERIE
ARGÉLIA**

Prof. Abdelhamid Aberkane
Chef de Service du CHU de Constantine
Membre du Conseil exécutif de l'OMS
Chef de délégation

Dr Abdelkrim M'Hatef
Epidémiologie et Relations internationales
Ministère de la Santé publique et de
la Population

M. Abdelkrim Zilmi
Chargé d'Affaires a.i.
Ambassade d'Algérie au Congo

ANGOLA

Dra. Antonica F. Rosário Da Costa Hembe
Directora Nacional da Saúde Pública

BENIN

Prof. M. d'Almeida Massougbodji
Ministre de la Santé, de la Protection sociale et
de la Condition Féminine
Chef de délégation

M. Gratien D. Aguessy
Directeur de la Planification, de la
Coordination et de l'Evaluation

**BOTSWANA
BOTSOUANA
BOTSUANA**

Dr Edward T. Maganu
Permanent Secretary and Chief Adviser
Leader of delegation

Mr L. Lesetedi
Chief Health Officer

Mrs Rosinah P. Diseko
Chief Health Officer

BURKINA FASO

M. Christophe Dabiré
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr Ambroise W. Tiemtoré
Directeur de la Formation professionnelle (DFP)

M. Tibila Kaboré
Directeur du Budget et des Comptes

Dr Arlette Sanou Ira
Directrice des Etudes et de la Planification

BURUNDI

Dr Juma Mohamed Kariburyo
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr E. Maregeya
Directeur général de la Santé publique

**CAMEROON
CAMEROUN
CAMARÕES**

Prof. Joseph Owona
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr René Owona-Essomba
Directeur de la Médecine communautaire

Dr Yaou Boubakari
Chef de Division de la Coopération

Dr George Ftoh Ngufor
Director of Studies, Planning, Health
Information and Computer Services

**CAPE VERDE
CAP-VERT
CABO VERDE**

Dr. João Baptista Ferreira Medina
Ministro da Saúde e Promoção Social
Chefe da delegação

Dra. Rosa Maria Soares Silva
Director-Geral de Saúde

**CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTRO-AFRICANA**

Mme C. Farra-Frond
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr G. Nzil'Koue-Dimanche
Directeur général de la Santé publique

M. A. Satoulou-Maleyo
Chargé de Mission au Cabinet du Ministre de la Santé

**CHAD
TCHAD
CHADE**

Dr Ali Garandi Adoum
Directeur général adjoint de la Santé publique
Chef de délégation

M. Oumar Mahamat Adjid
Directeur de la Planification et de la Formation

**COMOROS
COMORES**

M. Abderemane Ibrahim Halidi
Ministre de la Santé publique de la Population et
Affaires Sociales
Chef de délégation

Dr Aboubacar Oumadi
Directeur général de la Santé publique

Dr Abdoulhakime Said Allaoui
Directeur exécutif du Projet Santé Comores

CONGO

Dr D. Bouanga
Directeur général de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Nestor Baya-Tsika
Direction générale de la Lutte contre la Maladie

Mme B. Fila
Directrice générale des Affaires sociales

Dr P. Nzaba
Conseiller sanitaire du Ministre de la Santé

Dr. J. J. Moka
Directeur de la Coopération sanitaire

M. P. Nziamboudi
2ème Vice Président, Syndicat des Pharmaciens
du Congo

CÔTE D'IVOIRE

M. Koudou Aziegbo Armel
Ambassadeur de Côte d'Ivoire au Zaïre
Chef de délégation

Dr Seheri Bernard Darret
Conseiller Technique chargé des Programmes et
de la Coopération internationale

Prof. Jeanne Alimata Diarra-Nama
Directeur de la Santé communautaire

Dr Koné Mamadou
Chargé d'Etudes au Ministère de la Santé
publique

Dr Henri Boualou
Coordonnateur du Programmes national
d'Eradication de Ver de Guinée

**EQUATORIAL GUINEA
GUINEE EQUATORIALE
GUINÉ EQUATORIAL**

M. Alberto Sima Ndeme
Directeur général de la Santé publique et
de la Planification

**ERITREA
ERYTHREE
ERITREIA**

Hon. E. Dr Tekeste Fekadu
Acting Minister for Health
Leader of delegation

Dr Afeworki Abraham
Director General of Health Services

**ETHIOPIA
ETHIOPIE
ETIÓPIA**

Hon. Dr Adem Ibrahim Mohamed
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Mathewos Wakbulcho
Head of Health Services and Training Department
of the MOH

GABON
GABÃO

Dr Serge Mba Bekale
Ministre de la Santé publique et de la Population
Chef de délégation

M. Alphonse Bandha
Conseiller en Communication du Ministre de
la Santé

Dr G. Dibanga-Modoumet
Directrice du PNLIS

M. Fidèle Bengone Bayi
Conseiller

Mme Paulette MOUNGUENGUI
Conseiller technique/Administrateur adjoint du
Projet de Développement des Services de Santé

M. Bernard Ondo-Nze
Inspecteur de Santé chargé du Génie sanitaire

THE GAMBIA
GAMBIE
GÂMBIA

Mrs Isatou Njie-Saidy
Minister of Health, Social Welfare and Women's
Affairs
Leader of delegation

Mr Sulayman Samba
Permanent Secretary

Dr Alieu Gaye
Director of Medical Services

GHANA
GHANA

Dr E. Brookman Amissah
Minister of Health
Leader of delegation

Dr J. D. Otoo
Director of Medical Services

Dr A. Asamoah-Baah
Director, Policy Planning, Monitoring and
Evaluation

Dr Mary Stoope Grant
Member, Council of State,
Chairperson, National Council on Women and
Development

GUINEA
GUINEE
GUINÉ

Dr Ousmane Bangoura
Secrétaire général
Chef de délégation

Dr Camara Yéro-Boye
Conseiller chargé de la Politique sanitaire

Dr Mahi Barry
Chef, Division de la Prévention et de la Lutte
contre la Maladie

GUINEA-BISSAU
GUINEE-BISSAU
GUINÉ-BISSAU

Dra. Maria Lopes Ribeiro
Directora Geral da Saude
Chefe da delegação

Sr. Antonio Paulo Gomes
Coordenador da Ajuda Externa e Chefe de
Gabinete do Ministro

KENYA
QUÉNIA

Hon. Joshua M. Angatia
Minister for Health
Leader of delegation

Dr James N. Mwanzia
Director of Medical Services

Dr Bilha O. N. Hagembe
DDMS/Primary Health Care Manager

LESOTHO
LESOTO

Hon. Mr T. Mabote
Minister of Health and Social Welfare
Leader of delegation

Mr B. T. Pekeche
Principal Secretary

Dr N. Mapetla
Director General of Health Services

Dr P. Ntsekhe
Director, Disease Control Division

Mrs M. Makhakhe
Director of Health Planning

**LIBERIA
LIBÉRIA**

Dr Vamba Mohammed Kanneh
Minister of Health and Social Welfare
Leader of delegation

Dr Isabel Simbeye
Director of National HIV/AIDS/STD Control
Programme

Mr Eric D. Johnson
Health Economist

**MADAGASCAR
MADAGÁSCAR**

Prof. Damasy Seth Andriambao
Ministre de la Santé
Chef de délégation

Dr D. R. Rabeson
Directeur de la Lutte contre les Maladies
transmissibles

MALAWI

Hon. Zililo O. Y. Chibambo
Minister of Health and Population
Leader of delegation

Mr T. R. O'Dala
Principal Secretary

Mr D. T. C. Muva
Deputy Secretary

Dr W. O. O. Sangala
Chief of Health Services

Mrs E. J. Munlo
Senior Nursing Officer

MALI

M. Modibo Sidibé
Ministre de la Santé, de la Solidarité et
des Personnes âgées
Chef de délégation

Dr Lasséni Konaté
Directeur national de la Santé publique

Prof. Moussa Adama Maïga
Conseiller technique au Ministère de la Santé,
de la Solidarité et des Personnes âgées

**MAURITANIA
MAURITANIE
MAURITÂNIA**

M. Mohamed Salem Ould Mohameden
Conseiller du Ministre de la Santé et
des Affaires sociales
Chef de délégation

Dr Ibrahima Kane
Directeur de la Protection sanitaire

**MAURITIUS
MAURICE
MAURÍCIAS**

Hon. Mr Vishnu V. Bundhun
Minister of State
Leader of delegation

Dr C. N. Bissoonauthsing
Principal Medical Officer

**MOZAMBIQUE
MOÇAMBIQUE**

Dr. Abdul R. Noormahomed
Vice-Ministro da Saúde
Chefe da delegação

Dr Tiago Macuácu
Deputy Director

Dr. Rodrigues Simão
Chefe do Departamento de Assistência Médica

**NAMIBIA
NAMIBIE
NAMÍBIA**

Hon. Dr Nickey Iyambo
Minister of Health and Social Services
Leader of delegation

Dr. Marcus Goraseb
Deputy Director Epidemiology and Public
Hygiene

Ms M. Paulina Terblanche
Chief, Health Programme Administrator,
Rehabilitation Programme

Ms Florence W. Soroses
Health Programme Administrator
National Vector-borne Disease Control
Programme

NIGER
NÍGER

Mme Mariama Sambo Abdoulaye
Ministre de la Santé publique
Chef de délégation

Dr Fatimata Moussa
Directrice de la Promotion de la Santé

Dr Daouda Siddo Moumouni
Directeur départemental de la Santé de Tillabéri

NIGERIA
NIGÉRIA

Hon. Dr I. C. Madubuike
Minister of Health
Leader of delegation

Dr J. D. Akintola Makanjuola
Director General for Health

Dr P. Okungbowa
Chief Consultant

Dr (Mrs) N.R.C. Obike-Azodoh
Assistant of the Minister

RWANDA
RUANDA

Dr Vincent Biruta
Directeur général de la Santé

SAO TOME AND PRINCIPE
SAO TOME ET PRINCIPE
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dra. M. F. Roncon Azevedo
Ministra da Saúde
Chefe da delegação

Dr. Antonio S. M. de Lima
Director dos Cuidados de Saúde

SENEGAL

M. Ousmane Ngom
Ministre de la Santé et de l'Action sociale
Chef de délégation

M. Alioune Baila Wane
Conseiller technique No 2 chargé des Relations
avec l'OMS

Dr Abou Beckr Gaye
Chef de Service des Grandes Endémies

M. Oumar Diouf
Président de la Commission Santé à l'Assemblée
Nationale

SEYCHELLES
ILHAS SEYCHELLES

Mr Jacquelin P. Dugasse
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Conrad F. Shamlaye
Special Adviser to the Minister

SIERRA LEONE*
SERRA LEOA

SOUTH AFRICA
AFRIQUE DU SUD
ÁFRICA DO SUL

Dr Nkosazana Zuma
Minister of Health
Leader of delegation

Dr Olive Shisana
Director General of Health

Prof. Rachel Vuyiswa Gumbi
Chief Director, Human Resources Planning

Ms Lindiwe N. Mhlanga
Health Attaché, Africa
Directorate of International Health Liaison

Mr Nkosiyakhe Amos Masondo
Member, Executive Council for Health for
Ganteng Province

* Unable to attend/N'a pas pu participer/
Não pôde participar.

Mr Vusumzi Zellick Nonyalela
Foreing Service Officer

Mr Jan Van Deventer
Ambassador of South African to the Republics of
Zaire and the Congo

**SWAZILAND
SOUAZILAND
SUAZILÂNDIA**

Hon. Muntu P. Mswane
Minister for Health and Social Welfare
Leader of delegation

Dr S. V. Shongwe
Deputy Director of Health Services

TOGO

Dr Essosolem Batchassi
Directeur général de la Santé
Chef de délégation

Dr Essoham Sama
Directeur Préfectoral de la Santé de Tchaoudjo

**UGANDA
OUGANDA**

Hon. Dr Crispus Kiyonga
Minister of Health
Leader of Delegation

Dr Joseph H. Kyabaggu
Director of Health Services (Technical Support)

Dr S. Ikwara Okware
Commissioner for Health Services (CDC/AIDS)

Dr E. Mutabaazi Kaijuka
Commissioner for Health Services (MCH/FP)

**UNITED REPUBLIC OF TANZANIA
REPUBLIQUE UNIE DE TANZANIE
REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA**

Hon. Said Bakari Jecha
Minister of Health of Zanzibar
Leader of delegation

Mr Juma Ame Juma
Director of Planning and Administration

Dr P. M. Kilima
Director of Preventive Services

ZAIRE

Dr K. Kasongo-Numbi
Ministre de la Santé publique et de la Famille
Chef de délégation

Dr P. Yassa Y'oniene
Directeur de Cabinet et Conseiller médical
du Ministre de la Santé

Prof. Mbuyu Numbi
Conseiller à la Coopération du Ministère de
la Santé publique et de la Famille

Dr R. E. Tshibassu Mubiay
Président Délégué général du FONAMES
Président des Discussions techniques du RC46

**ZAMBIA
ZÂMBIA**

Dr K. M. Bulaya
Deputy Permanent Secretary
Leader of delegation

Dr G. Silwamba
Group Medical Adviser
Zambia Consolidated Copper Mines

ZIMBABWE

Dr T. J. Stamps
Minister of Health and Child Welfare
Leader of delegation

Dr P. L. N. Sikosana
Secretary for Health & Child Welfare

Dr Shiva Murugasampillay
Chief Epidemiologist

Dr Juliet Dube-Ndebele
Medical Superintendent

**2. REPRESENTATIVES OF THE UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
REPRESENTANTS DES NATIONS UNIES ET DES INSTITUTIONS SPECIALISEES
REPRESENTANTE DAS NAÇÕES UNIDAS E SUAS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS**

**Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)
Organisation des Nations Unies pour l'Alimentaire (FAO)
Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura**

M. Justin Moyo
Chargé de Programme
Représentation de la FAO
Brazzaville
Congo

M. Samuel Nana-Sinkam
Représentation de la FAO
Brazzaville
Congo

**United Nations Development Programme (UNDP)
Programme des Nations pour le Développement (PNUD)
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)**

Ms Chantal Kengueleoua
Deputy Resident Representative - UNDP
P.O. Box 465
Brazzaville
Congo

Mr Daouda Touré
Secretariat of UN Special Initiative on Africa
IUN Plaza DC 2473, N.Y.
New York 10017
USA

**Economic Commission for Africa (ECA)
Commission économique pour l'Afrique (CEA)
Comissão Económica para África (CEA)**

Dr Wambui Karanja
Chief Social Policy Planning
and Research

**United Nations Children's Fund (UNICEF)
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)**

Mrs Torild Skard
Regional Director
UNICEF-WCARO, Abidjan

Dr Badibanga
Health Officer
UNICEF-Congo
Brazzaville
Congo

Dr J.M. Ndiaye
Conseiller régional Santé
Bureau régional de l'UNICEF
B.P. 04
Abidjan 04
Côte d'Ivoire

M. Bintou Kéita
OIC/UNICEF-Congo
Brazzaville
Congo

Ms. Shahida Azfar
Regional Director
ESARO-Nairobi
Kenya

**United Nations Fund for Population Activities (UNFPA)
Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)
Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP)**

Mme Sheela Embounou
UNFPA Programme Officer - Congo
Brazzaville (in the UNDP compound)
Congo

**International Labour Organization (ILO)
Organisation internationale du Travail (OIT)
Organizaçao Internacional de Trabalho (OIT)**

M. Abdoulaye Mohamed
Représentant de l'OIT pour l'Afrique centrale
OIT Kinshasa
s/c PNUD
Brazzaville
Congo

**United Nations Joint Cooperation Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA)**

Dr Peter Piot
WHO/Geneva
Switzerland

Ms Mary Guinu Delaney
UNAIDS Country Programme Adviser
for Namibia
c/o UNDP
P.O. Box 13329
Windhoek
Namibia

Dr Roland Msiska
Health System Adviser
1211 Geneva 27
Switzerland

**3. REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES INTER-GOVERNAMENTAIS**

**World Bank
Banque mondiale
Banco Mundial**

Mr A. Edward Elmendorf
Health Adviser for African Region
1818 H. Street, N.Y.
Washington D. C.
USA

**Organization of African Unity (OAU)
Organisation de l'Unité africaine (OUA)
Organização de Unidade Africana (OUA)**

Dr O. J. Khatib
Head of Health and Nutrition Division
P.O. Box 3243
Addis Ababa
Ethiopia

**Economic Community for West African States (ECOWAS)
Communauté économique des Etats de l'Afrique occidentale (CEDEAO)
Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO)**

Mrs Annie Bangura
Principle Officer, Social Affairs
P. O. Box 12745
Lagos
Nigeria

**African and Malagasi Council for Higher Education
Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES)
Conselho Africano e Malgaxe para o Ensino Superior**

Prof. Rambré M. Ouiminga
Secrétaire général du CAMES
01 B.P 134
Ouagadougou
Burkina Faso

Organization for Coordination and Cooperation in the Control of Major Endemic Diseases (OCCGE)

Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE)

Organização de Coordenação e de Cooperação para o Combate às Grandes Endemias (OCCGE)

Prof. A. AG Rhaly
Secrétaire général OCCGE
B.P. 153
Bobo-Dioulasso
Burkina Faso

Organization for Coordination in the Control of Endemic Diseases in Central Africa (OCEAC)

Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale (OCEAC)

Organização de Coordenação para o Combate às Endemias na África Central (OCEAC)

M. Auguste Bilongo Manéné
Secrétaire général OCEAC
B. P. 288
Yaoundé
Cameroun

**West African Health Community (WAHC)
Communauté sanitaire d'Afrique occidentale (CSAO)
Comunidade de Saúde da África Ocidental (CSAO)**

Dr Kabba T. Joiner
Executive Director WAHC
6 Taylor Drive
P.M.B. 2023
Yaba, Lagos
Nigeria

**Permanent Interstate Committee for Drought Control in the Sahel
Comité permanent inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS)
Comité Permanente Inter-Estados de Luta contra a Seca no Sahel**

Mr Baba Traoré
Directeur - CERPOD
Représentant du Secrétaire exécutif de CILSS
B.P. 1530
Bamako
Mali

**Onchocerciasis Control in the Volta River Basin Area
Lutte contre l'Onchocercose dans la Région du Bassin de la Volta
Luta contra a Oncocercose na Região da Bacia do Rio Volta**

Dr K. Yankum Dadzie
Directeur
B.P. 549
Ouagadougou
Burkina Faso

Dr A. Seketeli
Administrateur, Programme APOC
B.P. 549
Ouagadougou
Burkina Faso

**4. REPRESENTATIVES OF NONGOVERNEMENTAL ORGANIZATIONS
REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS**

**International Committee of Military Medicine (ICMM)
Comité international de Médecine militaires
Comité Internacional de Medicina Militar**

Dr Quentin Pena
Chef de Division technique
Direction centrale du Service de Santé des Armées
B.P. 13 239
Brazzaville
Congo

**International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Fédération internationale pour la Planification Familiale (FIPF)
Federação Internacional para o Planeamento Familiar**

Mr Koffi Francis Avodagbe
Directeur du FIPF
B.P. 4101
Lomé
Togo

Rotary International

Mr Robert Barth
Immediate Past President of Rotary International and Trustee
The Rotary Foundation
One Rotary Center
Evanston IL, 60201-3698
USA

**International Federation of Red Cross Societies
Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge (FICR)
Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha**

Dr V. Razack Akadiri
Délégué régional, Santé communautaire
Rue des Compagnons de De Brazza
B.P. 88
Brazzaville
République du Congo

**5. OBSERVERS
OBSERVATEURS
OBSERVADORES**

**Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS)
Secrétariat régional de la Communauté sanitaire du Commonwealth (CRHCS)
Secretariado Regional do Commonwealth para a Saúde (CRHCS)**

Mrs Margaret Loma Phiri
Regional Coordinator for Nursing Affairs
P.O. Box 1009
Arusha
Tanzania

Commonwealth Secretariat London

Dr Qhing Qhing Dlamini
Head of Health Department
Marlborough House
Pall Mall
London
UK

Prof. Stephen A. Matlin
Director, Human Resources Development Division
Marlborough House
Pall Mall
London
UK

**Medical Women's International Association (MWIA)
Association internationale des Femmes Médecins
Associação Internacional das Mulheres Médicas**

Dr Florence Manguyu
Président MWIA
P.O. Box 41307
Nairobi
Kenya

Global 2000/Carter Center

Dr Donal R. Hopkins
Senior Consultant
1840 N. Hudson Avenue
Chicago, Ill 60614
USA

**World Council of Churches
Conseil mondial des Eglises**

Dr F. Ilunga Mwema
Head of Research Department and Higher
Education

Groupe consultatif des Pharmaciens pour le traitement du SIDA (GCPS)

M. C. Kazadi-Mbabu
Président du GCPS
B.P. 1360
Limete/Kinshasa
Zaire

Pharmaceutical Consultancy for Drugs Control (PCDS)

Mlle M. J. Ngoulla
Pharmacien d'Industrie, Consultant PCDC
12/128 Bld de la Wolowe
1932 Bruxelles
Belgique

Santé familiale et Prévention du SIDA (SFPS)

Dr Alain E. Damiba
Director, Training Programs, SFPS/USAID
22 B.P. 1356
Abidjan 22
Côte d'Ivoire

INT. SOS.ASST

Mr Merlan Lucero
P.O. Box 11568
Philadelphia PA, 19116
USA

ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de la session
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire (document AFR/RC46/1 Rév.3)
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs
5. Désignation des membres du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine (document AFR/RC46/3)
 - 6.1 Rapport annuel du Directeur régional pour 1995 :
 - i) Activités de l'OMS - Programmes techniques et programmes d'appui
 - ii) Rapport d'activités de programmes spécifiques : Dracunculose, Programme élargi de vaccination, y compris l'éradication de la poliomyélite et la Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise
 - iii) Initiative spéciale du Système des Nations Unies pour l'Afrique : Stratégie de mise en oeuvre dans le secteur de la santé (document d'information AFR/RC46/21)
 - 6.2 Mise en oeuvre des résolutions adoptées par la quarante-cinquième-session du Comité régional :
 - i) Bureau régional
 - ii) Pays.
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé.
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif (document AFR/RC46/4).
 - 7.2 Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales (document AFR/RC46/5).
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé (document AFR/RC46/6).
8. Activités de l'OMS dans la Région africaine (suite) : Examen du rapport du Sous-Comité du Programme (document AFR/RC46/7)
 - 8.1 Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999 (document AFR/RC46/2)
 - 8.2 Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine (document AFR/RC46/8)
 - 8.3
 - i) Actualisation de la stratégie de la santé pour tous dans la Région africaine (document AFR/RC46/9)
 - ii) Examen de la mission et des fonctions de l'OMS (document AFR/RC46/20)

- 8.4 Création du Centre régional africain de la Santé et de l'Environnement (document AFR/RC46/10)
9. Discussions techniques (document AFR/RC46/TD/1)
 - 9.1 Présentation du Rapport des Discussions techniques (document AFR/RC46/11)
 - 9.2 Election du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1997 (document AFR/RC46/12)
 - 9.3 Choix du sujet des Discussions techniques de 1997 (document AFR/RC46/13)
10. Dates et lieux de la quarante-septième et de la quarante-huitième sessions du Comité régional (document AFR/RC46/14)
11. Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC46/15)
12. Clôture de la quarante-sixième session du Comité régional.

**ORDRE DU JOUR PROVISOIRE
DE LA QUARANTE-SEPTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL**

1. Ouverture de la réunion
2. Adoption de l'ordre du jour provisoire
3. Constitution du Sous-Comité des Désignations
4. Election du Président, du Vice-Président et des Rapporteurs
5. Nomination du Sous-Comité de Vérification des Pouvoirs
6. Activités de l'OMS dans la Région africaine
 - 6.1 Rapport biennal du Directeur régional (1995-1996)
 - i) Activités de l'OMS : Programmes techniques et programmes d'appui
 - ii) Rapport d'activité sur des programmes déterminés : Troisième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous; Prévention de l'invalidité et réadaptation; Santé bucco-dentaire; Santé mentale; Lutte contre le paludisme en Afrique; Lutte contre la tuberculose; Lutte contre le VIH et le SIDA : mise en oeuvre de la stratégie régionale; Programme élargi de vaccination : éradication du tétanos néonatal et de la poliomyélite
 - 6.2 Mise en oeuvre des résolutions de la quarante-sixième session du Comité régional
 - Bureau régional
 - Pays
7. Corrélation entre les travaux du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé
 - 7.1 Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
 - 7.2 Ordres du jour de la cent et unième session du Conseil exécutif et de la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé : Incidences régionales
 - 7.3 Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional
8. Activités de l'OMS dans la Région africaine (suite) : Examen du rapport du Sous-Comité du Programme
 - 8.1 Initiative spéciale du système des Nations Unies pour l'Afrique : Réforme du secteur de la santé
 - 8.2 Opérations d'urgence et action humanitaire : Stratégie régionale et plan d'action
 - 8.3 Santé reproductive : stratégie régionale
 - 8.4 Information et communication : Stratégie régionale de promotion de la santé - Point de mire : les villages-santé

9. Discussions techniques
 - 9.1 Présentation du rapport des Discussions techniques
 - 9.2 Choix du sujet des Discussions techniques de 1998
 - 9.3 Nomination du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1998
10. Dates et lieux de la quarante-neuvième et de la cinquantième sessions du Comité régional
11. Adoption du rapport du Comité régional
12. Clôture de la quarante-septième session du Comité régional.

RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME

OUVERTURE DE LA REUNION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni à Brazzaville (Congo) les 2 et 3 septembre 1996. En l'absence des Drs O. Bangoura (Guinée) et M. Gunese (Maurice), le bureau qui avait été élu le 13 septembre 1995 à Libreville (Gabon) a été reconstitué comme suit :

Président	:	Dr Seheri Bernad Darret (Côte d'Ivoire)
Vice Président	:	Dr I. Simbeye (Libéria)
Rapporteur	:	M. D. T. C. Muva (Malawi).

2. La liste des participants figure à l'Appendice 1.

3. Le Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, a souhaité aux membres du Sous-Comité du Programme la bienvenue à Brazzaville (Congo).

4. Le Dr Samba a expliqué qu'il s'agissait d'une réunion des membres du Sous-Comité du Programme et non d'une réunion du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé; les membres du personnel devront donc s'efforcer de répondre de façon concise aux questions ou aux points de clarification, uniquement à la demande du Sous-Comité.

5. Le Directeur régional et le Directeur de la Gestion du Programme ont assuré les membres du Sous-Comité de la disponibilité de tous les directeurs et responsables des programmes concernés par les différents points inscrits à l'ordre du jour de la réunion.

6. Le Dr Seheri Bernard Darret (Côte d'Ivoire) a remercié ses collègues de la confiance qu'ils lui ont accordée en l'élisant à la présidence du Sous-Comité.

7. Le programme de travail (Appendice 2) a été adopté. Le Sous-Comité du Programme a adopté l'horaire de travail suivant : 9h.00-12h.30 et 14h.30-18h.30. Des pauses-café sont prévues durant ces périodes.

PROJET DE BUDGET PROGRAMME 1998-1999 (document AFR/RC46/2)

8. Lors de la présentation du Projet de Budget Programme, M. J. Donald, du Secrétariat, a expliqué que ce document avait été préparé conformément au Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé.

9. Après avoir exposé la structure et la présentation du document, M. Donald a expliqué que le budget proposé pour 1998-1999 s'élevait à US \$154 millions, soit le même montant qu'en 1996-1997 et en 1994-1995. Il a attiré l'attention des participants sur les rubriques relatives à l'analyse budgétaire et à la crise financière que traverse l'OMS, qui ont conduit à une nouvelle période biennale de croissance zéro. Le Comité a noté que, pour pouvoir financer le budget ordinaire de l'OMS au cours de l'exercice 1996-1997, une réduction générale de 10 % avait été appliquée, y compris sur l'allocation régionale. Cependant, les 60 % de l'allocation budgétaire régionale consacrés aux pays sont conservés et seront prélevés sur les crédits du Bureau régional et sur les activités interpays.

10. Il a été souligné que la Région africaine, comme l'OMS en général, devenait de plus en plus dépendante des fonds extrabudgétaires.

11. M. Donald a indiqué que le document incluait tous les programmes proposés par le Bureau régional de l'Afrique, ainsi que l'estimation des crédits budgétaires nécessaires pour la période biennale.

12. Après cette présentation, le Secrétariat a donné des informations complémentaires sur : le processus de préparation du budget de l'OMS, la nouvelle présentation du budget programme, la définition des priorités qui prend en compte le cadre politique de la coopération technique du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) avec les pays membres, ainsi que la souplesse désormais introduite dans l'exécution du budget dans le cadre du processus de décentralisation en cours.

13. Il a été souligné que, depuis 1980, l'ensemble du budget ordinaire de l'OMS avait été marqué par une croissance zéro, tout comme l'allocation budgétaire de la Région. En outre, il a été expliqué que la contribution totale des Etats Membres de la Région représentait moins de 6 % des crédits du budget ordinaire qui lui sont alloués.
14. Le non recouvrement des contributions des pays membres de l'Organisation a atteint en 1995 son niveau le plus élevé jamais enregistré. En conséquence, il a fallu plus que jamais mobiliser des ressources supplémentaires (extrabudgétaires), et aussi utiliser de façon optimale les rares ressources disponibles. C'est à cette fin que deux nouvelles unités, à savoir - Mobilisation des Ressources interinstitutions et Contrôle de l'Utilisation des Ressources - ont été créées et placées sous l'autorité directe du Directeur régional.
15. Les membres du Sous-Comité se sont félicités de la présentation du Projet de Budget Programme, qui est un document facile à utiliser. Ils ont estimé que la rubrique relative aux principales réalisations devrait non seulement donner la liste des activités entreprises, mais aussi préciser dans quelle mesure les objectifs et les cibles fixés pour la période biennale ont été atteints.
16. Le Comité a approuvé les priorités exposées dans le Projet de Budget Programme. Cependant, il a insisté sur la nécessité de renforcer la collaboration et la coordination intersectorielles, en particulier dans le domaine de la salubrité de l'environnement, et de faire en sorte que la santé se voit accorder une plus grande priorité dans le programme de développement de chaque pays.
17. Les maladies émergentes et réémergentes posent des problèmes toujours plus grands qui exigent des actions concrètes visant à encourager la collaboration entre pays. Les menaces pour la paix, les traumatismes et les accidents constituent également dans la Région africaine un sujet de préoccupation grandissante auxquels l'Organisation mondiale de la Santé devra accorder davantage d'attention.
18. En réponse aux défis constitués par les épidémies récurrentes de maladies émergentes et réémergentes, il a été recommandé de renforcer les activités de surveillance épidémiologique dans les pays membres.
19. Il a été souligné que la formation en épidémiologie, notamment pour les équipes de santé de district, devait être intensifiée, et qu'il fallait mettre en place un réseau efficace de services d'appui de laboratoire aux niveaux national et interpays qui soit doté de moyens de communications renforcés entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci.
20. S'adressant au Comité régional, le Sous-Comité du Programme a recommandé que les pays établissent des priorités pour le paiement de leurs contributions, compte tenu du grand nombre d'organisations auxquelles ces contributions doivent être versées. A son avis, la contribution à l'OMS figure parmi ces priorités. Il a été souligné que le versement en temps utile des contributions de tous les Etats Membres africains constituerait non seulement un signe tangible d'engagement politique en faveur du développement sanitaire, mais faciliterait aussi la mobilisation des ressources pour la Région.
21. Le Sous-Comité, ayant pris note des progrès sensibles réalisés en matière de recrutement des femmes, a instamment prié le Directeur régional de poursuivre ses efforts dans cette voie pour atteindre l'objectif fixé par le Conseil exécutif.
22. Le Sous-Comité du Programme a décidé de soumettre au Comité régional un projet de résolution sur le Projet de Budget Programme.

STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES MST DANS LA REGION AFRICAINE
(document AFR/RC46/8)

23. Le document AFR/RC46/8 a été présenté par le Dr D. Barakamftiye, du Secrétariat.
24. Il a été rappelé qu'en réponse aux nombreuses préoccupations suscitées par la diminution importante du soutien extérieur accordé aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS) le Comité régional, dans sa résolution AFR/RC45/R1, avait clairement indiqué comment les pays, l'OMS et les autres

partenaires devraient gérer la lutte contre le SIDA compte tenu de la diminution des ressources et de l'extension de l'épidémie en Afrique.

25. Le rapport offre un cadre stratégique fondé sur l'analyse de la situation actuelle de l'épidémie et la projection qui en est faite pour le 21^{ème} siècle, ainsi que sur les principes figurant dans le cadre politique de coopération technique avec les pays de la Région africaine.

26. Le document propose un cadre de mise en oeuvre fondé sur les principes essentiels suivants : appropriation nationale du programme, intégration (mais en veillant à ce que chaque intervenant se concentre sur les domaines où il a un avantage comparatif) et accroissement de l'efficacité et de l'efficacé grâce à une meilleure gestion.

27. Le Sous-Comité du Programme a été prié d'examiner le document relatif à la stratégie proposée et de donner les orientations qui permettraient de promouvoir la lutte contre le VIH/SIDA et les MST jusqu'à la fin du siècle et au-delà.

28. En approuvant le document AFR/RC46/8, le Sous-Comité du Programme s'est félicité du cadre stratégique proposé par le Directeur régional, cadre qui permettra d'agir face aux préoccupations exprimées par le Comité régional à sa quarante-cinquième session. A cet égard, les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les MST devraient faire partie intégrante du paquet minimum de services de santé à tous les niveaux du système national de santé.

29. Les membres du Sous-Comité ont accueilli favorablement l'idée de l'intégration et de la collaboration intersectorielle, qui facilitera l'insertion des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans chaque secteur et sous-secteur du développement. A cet égard, il a été recommandé que les chefs religieux soient pris en compte parmi les acteurs principaux au sein des structures du niveau central.

30. Malgré l'absence initiale de toute implication régionale de la part de l'ONUSIDA, les mécanismes de collaboration entre l'OMS/AFRO et l'ONUSIDA évoluent actuellement de façon satisfaisante. Les consultations en cours devraient permettre de renforcer cette collaboration. Le Sous-Comité voit dans la mobilisation des ressources un élément essentiel qui mérite d'être soutenu tant par les autorités politiques nationales que par le Directeur régional.

31. L'accroissement de la collaboration entre les pays appartenant au même bloc épidémiologique ou à la même sous-région a été favorablement apprécié. Il a été proposé que l'exemple de la structure régionale d'appui au PEV soit à cet égard sérieusement pris en considération.

32. Afin d'améliorer la coordination, il a été recommandé que les pays élaborent un seul plan national intégré de lutte contre le SIDA, et que tous les secteurs concernés soient associés à l'élaboration de ce plan. Le Sous-Comité a particulièrement insisté sur la nécessité d'assurer la collaboration et l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose, compte tenu des relations étroites qui existent entre ces deux maladies.

33. Le Sous-Comité a proposé de soumettre au Comité régional, une résolution appropriée qui soulignerait la nécessité du renforcement et de la décentralisation des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et de la mobilisation de ressources supplémentaires - deux éléments essentiels à la mise en oeuvre du cadre stratégique proposé.

ACTUALISATION DE LA STRATEGIE DE LA SANTE POUR TOUS DANS LA REGION AFRICAINE (document AFR/RC46/9)

34. Le document AFR/RC46/9 a été présenté par le Dr L. Sambo, du Secrétariat.

35. Le Dr Sambo a rappelé aux membres du Sous-Comité qu'en 1988, lors de l'examen des progrès réalisés vers l'instauration de la santé pour tous, depuis la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, il avait été réaffirmé que les soins de santé primaires constituaient la clé de voûte de la stratégie de la santé pour tous et que la Région

ADOPTION DU RAPPORT DU COMITE D'ATTRIBUTION DU PRIX DR COMLAN A. A. QUENUM

59. Le Comité d'attribution du Prix Dr Comlan A. A. Quenum s'est réuni le 3 septembre 1996. Il a examiné six dossiers de candidatures en provenance de l'Ethiopie, de la Mauritanie, de Maurice, du Sénégal, du Togo et de la Zambie et a proposé, à l'unanimité, d'attribuer le Prix Comlan A. A. Quenum au Dr Redda Tekle-Haimanot, Professeur de médecine à l'Université d'Addis Abeba (Ethiopie) et Secrétaire exécutif du Projet Garbet de Réadaptation.

60. Ce projet, axé sur les populations rurales les plus défavorisées, a pour objectif d'assurer des soins aux personnes handicapées, notamment celles qui souffrent de séquelles d'épilepsie, d'arriération mentale, de poliomyélite et de cécité. Il comporte une approche novatrice en matière de formation et d'éducation pour la santé.

61. Le Sous-Comité du Programme, conformément aux statuts du Prix, a recommandé d'attribuer le Prix Comlan A. A. Quenum au Dr Redda Tekle-Haimanot.

62. Le Sous-Comité a, par ailleurs, recommandé : i) de faire connaître plus largement le Prix Comlan A. A. Quenum, et ii) d'examiner la possibilité d'attribuer un prix d'un montant plus important.

ADOPTION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME (document AFR/RC46/7)

63. Après avoir examiné, discuté et procédé à des amendements, le Sous-Comité du Programme a adopté le rapport tel que modifié.

REPARTITION DES RESPONSABILITES POUR LA PRESENTATION DU RAPPORT DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME AU COMITE REGIONAL

64. Le Sous-Comité du Programme a décidé de répartir comme suit les responsabilités pour la présentation de son rapport au Comité régional :

- i) Projet de Budget Programme 1998-1999 - Dr Seheri Bernard Darret (Président);
- ii) Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans la Région africaine - Dr A. Asamoah-Baah;
- iii) Actualisation de la stratégie de la santé pour tous dans la Région africaine et examen de la mission et des fonctions de l'OMS - Dr M. Adama Maïga;
- iv) Création du Centre régional africain de la Santé et de l'Environnement - M. A. Paolo Gomes;
- v) Prix Comlan A. A. Quenum - M. D. T. C. Muva.

CLOTURE DE LA REUNION

65. Le Directeur régional a félicité les membres du Sous-Comité du Programme pour l'excellent travail accompli.

66. Le Président a remercié les membres du Sous-Comité de leur appui et de la précision de leurs observations, qui ont permis de mener à bien la tâche aussi rapidement. Il a également exprimé sa reconnaissance au Directeur régional et à ses collaborateurs, pour leur disponibilité.

67. Il a rappelé au Sous-Comité du Programme qu'à la fin de la session, les membres ci-après ne siègeraient plus au Sous-Comité : Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya et Lesotho.

68. Le Président a prononcé la clôture de la réunion.

APPENDICE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

COTE D'IVOIRE

Dr Seheri Bernard Darret
Conseiller technique chargé des Programmes et de
la Coopération internationale

GHANA

Dr Anafi Asamoah-Baah
Director, Policy Planning, Monitoring and
Evaluation

GUINEE

Dr Camara Yéro-Boye
Conseiller, Chargé de la Politique sanitaire

GUINEE-BISSAU

Sr. Antonio Paulo Gomes
Coordenador da Ajuda Externa e
Chefe de Gabinete do Ministro

KENYA

Dr James N. Mwanzia
Director of Medical Services

LESOTHO

Dr N. Mapetla
Director General of Health Services

LIBERIA

Dr Isabel Simbeye
Director of National HIV/AIDS/STD Control
Programme

MADAGASCAR

Dr Dieudonné Robert Rabeson
Directeur de la Lutte contre les Maladies
transmissibles

MALAWI

Dr David Tennyson Collins Muva
Deputy Secretary
Ministry of Health and Population

MALI

Prof. Moussa Amaga Maïga
Conseiller technique au Ministère de la Solidarité
et des Personnes âgées

MAURITANIE

Dr Ibrahima Kane
Directeur de la Protection sanitaire

MAURICE

Dr Chrisna N. Bissoonauthsing
Principal Medical Officer

APPENDICE 2**PROGRAMME DE TRAVAIL**

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, du Vice-Président et du Rapporteur
3. Adoption du programme de travail (document AFR/RC46/16 Rév.2)
4. Projet de Budget Programme pour l'exercice 1998-1999 (document AFR/RC46/2)
5. Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine (document AFR/RC46/8)
6. i) Actualisation de la stratégie de la santé pour tous dans la Région africaine (document AFR/RC46/9), et
ii) Examen de la mission et des fonctions de l'OMS (document AFR/RC46/20)
7. Création du Centre régional africain de la Santé et de l'Environnement (document AFR/RC46/10)
8. Adoption du rapport (document AFR/RC46/7)
9. Répartition des responsabilités pour la présentation du rapport du Sous-Comité du Programme
10. Clôture de la réunion.

RAPPORT DE LA REUNION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME TENUE LE 9 SEPTEMBRE 1996

INTRODUCTION

1. Le Sous-Comité du Programme s'est réuni le lundi 9 septembre 1996 à Brazzaville, Congo. Il était composé des représentants des Etats Membres suivants : Erythrée, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria et Afrique du Sud. La liste des participants figure à l'Appendice 1.

ELECTION DU PRESIDENT

2. Le Sous-Comité du Programme a élu Président M. Vishnu Bundhun (Maurice). Le Président a remercié les membres du Sous-Comité pour la confiance qu'ils ont placée en son pays et en sa personne en l'élisant comme Président.

3. Le programme de travail a été adopté sans amendement (Appendice 2).

DATE ET LIEU DE LA PROCHAINE REUNION

4. Le Président a informé les membres du Sous-Comité du Programme que la date et le lieu de la prochaine réunion du Sous-Comité du Programme leur seront communiqués ultérieurement par le Secrétariat.

CLOTURE DE LA REUNION

5. Le Président a remercié les membres de leur soutien. Il leur a exprimé ses meilleurs voeux et souhaité un bon voyage et a déclaré la réunion close.

APPENDICE 1**PROGRAMME DE TRAVAIL**

1. Ouverture de la réunion
2. Election du Président, des Vice-Présidents et du Rapporteur
3. Date et lieu de la prochaine réunion
4. Clôture de la réunion.

APPENDICE 2**LISTE DES ETATS MEMBRES
DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME**

ERYTHREE

MAURICE

LIBERIA

MOZAMBIQUE

MADAGASCAR

NAMIBIE

MALAWI

NIGER

MALI

NIGERIA

MAURITANIE

AFRIQUE DU SUD

RAPPORT DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Intégrer les fonctions de surveillance et d'évaluation dans les programmes nationaux de développement sanitaire

INTRODUCTION

1. Les Discussions techniques ont eu lieu le 7 septembre 1996 en marge de la quarante-sixième session du Comité régional. Le sujet couvrait le thème suivant : "Intégrer les fonctions de surveillance et d'évaluation dans les programmes nationaux de développement sanitaire".
2. Le Directeur de la Gestion du Programme (DPM/AFRO), le Dr A. M. d'Almeida, prenant la parole, a rappelé que les Discussions techniques ne font pas partie des travaux du Comité régional, mais constituent une occasion pour le Directeur régional de solliciter les avis des experts sur un sujet d'intérêt général reconnu.
3. Le Professeur Tshibassu Mubiay (Zaïre) a assuré la présidence des Discussions techniques. Il a été assisté par trois Rapporteurs élus par le Comité régional, à savoir le Dr Rosa Maria Soares Silva (Cap-Vert), le Dr Abou Beckr Gaye (Sénégal) et le Dr N. I. Goraseb (Namibie).
4. En séance plénière, le Président a commencé par apporter des clarifications sur les documents de travail (AFR/RC46/TD/1 et AFR/RC46/TD/2). Dans son adresse introductive, il a rappelé les objectifs assignés à ces discussions. Il a invité les participants à dégager, à l'issue de leurs débats, des recommandations pertinentes en vue d'orienter les efforts des Etats Membres pour une meilleure intégration des activités de surveillance et d'évaluation dans les programmes nationaux de développement.
5. Après cette brève séance plénière, les participants ont été répartis en trois groupes pour étudier les aspects suivants : le processus gestionnaire national et les fonctions de surveillance et d'évaluation; la promotion des fonctions de surveillance et d'évaluation; l'institutionnalisation des activités de surveillance et d'évaluation.
6. Le présent rapport constitue la synthèse du consensus dégagé lors des travaux de groupe.

PROCESSUS GESTIONNAIRE NATIONAL ET FONCTION DE SURVEILLANCE ET D'EVALUATION

7. Les participants ont unanimement reconnu que le processus gestionnaire du développement sanitaire dans la plupart des pays sous-estime les fonctions de surveillance et d'évaluation.
8. Diverses raisons ont été identifiées, notamment le manque de formation personnel dans le domaine; l'inefficience des systèmes d'information; l'insuffisance de ressources; la mauvaise appréciation de ces deux fonctions pour certains responsables (confusion entre évaluation et contrôle); le manque de motivation et d'appropriation du processus; l'insuffisance de la responsabilisation.
9. Les conséquences qui en découlent sont nombreuses : risque de mauvais choix de priorités; absence de mesures d'impact, de l'efficience et de l'efficacité du programme; risque de gaspillage des ressources.
10. Les participants ont tous reconnu que l'intégration des fonctions de surveillance et d'évaluation dans le processus gestionnaire des programmes nationaux de développement sanitaire aboutit à un choix pertinent des priorités, une utilisation rationnelle des ressources, une prise de décision appropriée et une meilleure planification des activités.

PROMOTION DES FONCTIONS DE SURVEILLANCE ET D'EVALUATION

Niveau périphérique (centre de santé)

11. Les participants ont reconnu que le centre de santé a besoin d'intégrer les fonctions de surveillance et d'évaluation dans ses activités afin d'être en mesure de prendre des décisions sur la gestion des activités du centre et en améliorer les prestations; d'identifier des problèmes afin de les résoudre localement ou demander l'appui du district; de faire des prévisions sur les activités et les ressources.
12. L'instauration d'un mécanisme d'auto-surveillance et d'auto-évaluation est nécessaire. La surveillance doit permettre de suivre l'état d'avancement des activités planifiées, d'identifier les problèmes de routine et d'analyser l'utilisation des ressources injectées par rapport aux produits obtenus. L'évaluation, au niveau du centre de santé, doit permettre principalement l'appréciation du degré d'atteinte des objectifs, c'est-à-dire de comparer les résultats par rapport aux objectifs retenus pour la période sous surveillance ou sous évaluation.
13. Afin de rendre les activités de surveillance et d'évaluation effectives, les participants ont estimé nécessaire de mettre en place et d'utiliser effectivement, dans chaque centre de santé, un plan d'activités comportant des cibles et un calendrier de mise en oeuvre; d'assurer une formation de base des équipes des centres de santé en matière de surveillance et d'évaluation, la définition du curriculum de formation nécessitant une description claire des tâches et fonctions de gestion spécifiques à chaque catégorie du personnel; d'organiser régulièrement une rétro-information qui associe les centres de santé dans l'utilisation de leurs propres informations; de permettre aux centres de santé d'avoir des données démographiques précises.
14. Les obstacles à lever sont principalement la disponibilité de ressources humaines qualifiées (formation); le renforcement de la supervision, en particulier par les équipes de district et de province, cette supervision devant intégrer la surveillance et l'évaluation; la fourniture d'un équipement minimum pour les activités de surveillance; la responsabilisation des centres de santé dans la gestion et la prise de décision, dans le cadre de la décentralisation du système de santé; l'instauration d'une culture de la surveillance et de l'évaluation.

Niveau local (district)

15. Les participants ont reconnu la nécessité de prendre, sur la base des informations fiables au niveau du district, des décisions concernant l'allocation et la gestion de ressources, la maintenance des équipements et le fonctionnement du système d'orientation/recours.
16. L'évaluation du district doit porter sur trois types d'éléments, à savoir le degré d'atteinte des résultats (activités), l'impact et l'opérationnalité du système de santé du district.
17. Les participants ont identifié un certain nombre de facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour que la surveillance et l'évaluation soient effectives et utiles pour le district. Il s'agit, entre autres, de l'identification des données à recueillir, de l'amélioration de la capacité d'analyse du personnel, de la rétro-information, de la décentralisation dans un esprit de responsabilisation.-

Niveau intermédiaire (région ou province)

18. L'appui de niveau intermédiaire aux districts doit prendre en compte la formation continue et la supervision des agents.
19. Afin d'apporter un appui efficace aux districts, le niveau intermédiaire devra avoir des compétences dans le domaine de la formation, de la supervision, de la planification et de l'évaluation. A ce niveau du système de santé, l'équipe devrait comprendre un épidémiologiste, un économiste de la santé et/ou un gestionnaire de santé publique.

Niveau central

20. Les participants ont reconnu que la surveillance et l'évaluation sont diversement prises en compte dans l'élaboration des politiques et stratégies nationales.

21. La prise en compte des éléments ci-après permettrait de mieux intégrer ces fonctions dans le processus gestionnaire : un système d'information sanitaire fiable; des enquêtes périodiques; un personnel formé et motivé; un cadre formel; des moyens adéquats.

22. Plusieurs participants ont fait part de certaines expériences positives en matière de développement de méthodologies de surveillance et d'évaluation aux différents niveaux du système de santé. Dans la plupart des cas, la méthodologie suivie commençait par le pourquoi de l'évaluation et sur quoi elle portait, la définition des outils appropriés notamment les indicateurs, les normes et les critères, la détermination de la fréquence de l'évaluation.

23. Le recensement démographique, l'exploitation des données statistiques y compris les rapports de routine, les enquêtes complémentaires et l'évaluation des moyens permettent d'arriver à la définition d'indicateurs, de normes et critères appropriés de surveillance et d'évaluation des politiques et des stratégies nationales de santé.

24. Les participants ont insisté sur le fait que le type et le nombre d'indicateurs soient le résultat d'un consensus entre tous les intervenants.

INSTITUTIONNALISATION DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE ET D'EVALUATION

25. Les participants ont noté que dans les différents pays de la Région, l'expérience montre qu'il est nécessaire de mettre en place des mécanismes et des structures permanentes à commencer par un département de la planification dans lequel la surveillance et l'évaluation relèvent de la responsabilité d'une unité spécifique. Aux différents échelons du système de santé, les structures et les mécanismes peuvent varier dans leur composition et leur fonctionnement, mais en général, il faut s'assurer que les structures de surveillance et d'évaluation regroupent autour des professionnels de la santé les responsables administratifs et politiques, les partenaires du développement sanitaire (communauté, ONG, bailleurs de fonds, etc.). La périodicité des tâches et activités de surveillance et d'évaluation devra être systématisée.

26. Les préalables d'une institutionnalisation effective des fonctions de surveillance et d'évaluation sont principalement : un contexte national dans lequel une dynamique gestionnaire orientée vers la définition de priorités, d'objectifs et de plans opérationnels est instaurée; la définition et la mise en place de mécanismes de décision locale (outil de gestion et aptitude aux actions correctrices); un système national de supervision pertinent; un système d'appui informationnel adéquat.

27. Le processus d'institutionnalisation de la surveillance et de l'évaluation passe, entre autres, par : l'éducation des décideurs politiques par rapport à ces deux fonctions; le développement des capacités des institutions et des personnels en la matière; l'opérationnalisation des mécanismes et des structures de surveillance et d'évaluation, à tous les niveaux, mais en privilégiant dans le temps et dans l'effort consenti, le niveau périphérique (centre de santé) et local (district); la formation adéquate des personnels à la mise en oeuvre de ces mécanismes.

28. Au total, les participants ont estimé que l'institutionnalisation de la surveillance et l'évaluation est nécessaire et urgente pour la plupart des pays. Ce processus doit s'inscrire dans une stratégie de changement. Son succès n'est possible que s'il y a une volonté et une dynamique nationales, impliquant tous les décideurs et les acteurs du développement sanitaire. Par ailleurs, il est essentiel que la question des ressources, en particulier budgétaire, qui sont nécessaires au fonctionnement et à la pérennisation des structures et des mécanismes de surveillance et d'évaluation, soit mieux prise en compte.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

29. Lorsqu'en 1981 les Etats Membres ont lancé la stratégie mondiale de la santé pour tous, ils ont collectivement adopté une résolution soulignant que la démarche de surveillance et d'évaluation était fondamentale et que ce processus était essentiellement de la responsabilité des gouvernements. Le rôle de direction et de coordination de l'OMS s'est exercé par la définition des indicateurs et la mise en oeuvre du processus aux niveaux régional et mondial. Dans le même temps, l'OMS a coopéré avec les pays pour le renforcement de leur capacité nationale en matière de surveillance et d'évaluation.

30. Le Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique a invité, à différentes reprises, les Etats Membres à prendre des mesures adéquates pour instaurer les mécanismes et les procédures de collecte, de traitement et d'utilisation des données sanitaires nécessaires, dans le cadre d'un système national d'information sanitaire orienté vers la prise de décision et la gestion des systèmes de santé aux niveaux local, intermédiaire et central (résolution AFR/RC41/R5, 1991).

31. Par ailleurs, les participants prient le Directeur régional de continuer à promouvoir les concepts, les méthodes et les outils adaptés aux besoins des différentes structures et institutions sanitaires aux divers échelons du système de santé afin d'améliorer la surveillance continue et l'évaluation des progrès vers la santé pour tous conformément à la résolution AFR/RC41/R5, 1991.

32. Les participants recommandent aux Etats Membres d'intégrer la surveillance et l'évaluation dans le processus gestionnaire en application de la résolution ci-dessus citée afin d'accélérer la réalisation de la santé pour tous.

33. Les participants recommandent à cet effet aux Etats Membres de :

- saisir l'opportunité de la Troisième Evaluation des stratégies de la santé pour tous pour renforcer le processus d'intégration des fonctions de surveillance et d'évaluation et de rendre permanents les mécanismes et les structures de surveillance;
- élaborer une stratégie et un plan national pour former les personnels de santé, principalement aux niveaux périphérique (centre de santé) et local (district) à la pratique de la surveillance et de l'évaluation;
- développer et promouvoir des outils de gestion susceptibles d'aider les personnels à mettre en oeuvre des plans opérationnels à tous les niveaux;
- harmoniser les procédures et les mécanismes de surveillance et d'évaluation des programmes de différents partenaires.

34. Les participants recommandent en outre que le Bureau régional continue d'apporter son soutien technique et financier aux pays pour le renforcement de leur capacité nationale en matière de surveillance et d'évaluation.

**DISCOURS DU DR S. MBA BEKALE
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION DU GABON,
PRESIDENT SORTANT DE LA QUARANTE-CINQUIEME SESSION
DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Excellence Monsieur le Président de la République du Congo,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Excellences,
Mesdames et Messieurs,

L'élection bientôt d'un nouveau Président mettra fin à mon mandat et à la mission que vous m'avez confiée.

Je tiens à vous remercier très sincèrement pour la confiance que vous avez placée en moi et en mon pays en me confiant cette responsabilité pendant l'année écoulée. Permettez-moi également de vous exprimer ma gratitude pour la coopération et l'appui que vous m'avez apportés tout au long de cette période.

Nous pouvons contempler avec une réelle satisfaction les progrès significatifs accomplis dans certains domaines au cours de cette année. Vous conviendrez, par exemple, avec moi que la gestion du Bureau régional a connu une nette amélioration, comme en témoignent l'accroissement de sa performance, le moral du personnel, voire le simple aspect de son Siège. Ces constats méritent toutes nos félicitations.

C'est également avec beaucoup de fierté que je me rappelle le déroulement de la quarante-cinquième session du Comité régional. Les documents furent distribués à temps et les débats ont été très focalisés. Cela nous a permis d'adopter des solutions et des stratégies appropriées pour le développement sanitaire de notre Région. Nous nous sommes également limités aux résolutions que nous étions certains de pouvoir mettre en oeuvre. Le rapport a été élaboré à temps et adopté à la fin de la réunion. Et nous sommes engagés à mettre en oeuvre les résolutions et les décisions que nous avons prises.

Notre prestation à l'Assemblée mondiale de la Santé mérite également d'être mentionnée car elle a été exemplaire à tous égards.

L'engagement et la détermination qui ont caractérisé nos travaux ont été contagieux. Et j'espère de tout coeur que ce même esprit présidera à nos efforts en vue de l'instauration de la santé pour tous.

Mais nous ne pouvons pas passer sous silence les divers défis que nous avons rencontrés au cours de cette année, et dont les plus importants ont été les épidémies d'Ebola et de méningite qui ont frappé certains de nos pays. Le Bureau régional et les pays concernés méritent tous nos éloges pour la célérité et l'efficacité avec lesquelles ils ont répondu à ces défis.

La situation sanitaire de notre Région demeure préoccupante. La protection et la promotion de la santé sont en effet des défis permanents pour notre continent et j'espère que nous ne relâcherons pas nos efforts pour les surmonter.

Je tiens à exprimer mes félicitations au Directeur régional, le Dr Ebrahim M. Samba, pour la nouvelle impulsion qu'il a donnée, non seulement aux activités du Bureau régional, mais aussi à nos efforts de développement sanitaire dans toute la Région. Les échos qui nous parviennent de tous les coins du continent sont en effet très encourageants; et je suis convaincu que notre Région connaîtra de nombreux changements positifs et vous invite tous à lui apporter tout l'appui dont il a besoin pour mener à bien son action.

Je voudrais remercier le Secrétariat pour l'excellent appui qu'il m'a apporté au cours de mon mandat. J'espère que l'efficacité et l'engagement dont il a fait preuve continueront à caractériser toutes les activités du Bureau régional et toutes les réunions du Comité régional.

Ce fut un grand honneur d'avoir été appelé à servir notre continent dans cette tâche importante qui consiste à promouvoir la santé de nos populations. Les défis à relever restent énormes et les attentes de nos populations très élevées. Je suis convaincu que mon successeur sera à la hauteur de la tâche.

**DISCOURS PRONONCE PAR LE DR EBRAHIM M. SAMBA,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE**

Monsieur le Président de la République du Congo,
Monsieur le Président de la quarante-sixième session du Comité régional,
Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Madame le Représentant du Directeur de l'UNICEF,
Monsieur le Représentant du Président du Rotary International,
Madame le Conseiller spécial du Président du Ghana,
Monsieur le Représentant de l'OUA,
Monsieur le Conseiller juridique de l'Organisation mondiale de la Santé,
Mesdames et Messieurs,

Je voudrais avec votre permission, commencer par vous présenter officiellement nos illustres invités qui sont à la tribune.

Tout d'abord, Son Excellence le Président Pascal Lissouba. Lors de notre première rencontre, il m'a demandé de le considérer avant tout comme un frère, ensuite comme un homme de science et donc un confrère, et enfin comme un Président. Et c'est ainsi qu'il s'est comporté envers moi depuis cette date. En dépit de son emploi du temps très chargé, il a manifesté un grand intérêt pour le Bureau régional en participant à nos activités aussi souvent que possible et en nous apportant tout le soutien dont nous avons besoin.

Ensuite, il y a le Président sortant du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, le Ministre de la Santé du Gabon. Il nous a apporté un soutien sans faille depuis notre dernière réunion au Gabon et je voudrais publiquement lui rendre un hommage tout particulier pour cet appui.

Le Dr Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé nous a été d'un très grand soutien depuis que je suis entré en fonction il y a deux ans. Il a été d'un grand secours pour le Bureau régional et pour moi-même, en particulier en ce qui concerne le budget. Vous savez tous en effet que l'Organisation mondiale de la Santé fonctionne avec un budget à croissance zéro depuis 1980 et que ce budget a dû être réduit pour la première fois l'année dernière. Conscient des problèmes particuliers que connaît notre Région, le Dr Nakajima a insisté pour que le budget de la Région africaine ne soit pas réduit. Nous lui en sommes très reconnaissants et je sais que nous pouvons compter sur son soutien continu pour fonder de grands espoirs sur l'avenir.

La présence de Madame Skard, Représentant du Directeur de l'UNICEF, Madame Bellamy, témoigne de l'étroite collaboration qui existe entre nous et cette institution. Mais Madame Skard représente, non seulement l'UNICEF, mais aussi tous nos partenaires du système des Nations Unies. Sa présence parmi nous est le signe de l'excellente coopération que nous entretenons avec toutes les autres institutions des Nations Unies, en particulier depuis le lancement de l'Initiative spéciale du système des Nations Unies pour l'Afrique.

Le Représentant du Rotary International est venu parmi nous aujourd'hui pour nous apporter de bonnes nouvelles. Sa présence est le signe de notre détermination à travailler la main dans la main avec les organisations non gouvernementales pour atteindre notre objectif, celui d'améliorer la situation de notre continent. Mais pour nous, le Rotary International n'est pas une organisation non gouvernementale comme les autres. C'est une organisation qui joue un rôle particulier car c'est elle qui nous a donné le plus d'argent jusqu'à présent. Elle a annoncé sa décision d'apporter un soutien déterminant à nos activités au cours d'une récente réunion tenue en Afrique du Sud et présidée par le Président Nelson Mandela, en présence des premières dames du Congo et du Ghana ainsi que de l'ancien Président du Mali. Le Président du Rotary International vous en dira davantage plus tard et je lui laisse le soin de vous annoncer lui-même cette bonne nouvelle.

Madame Grant, Conseiller spécial du Président Jerry Rawlings, est ici pour représenter le Chef de l'Etat du Ghana. Elle est l'un des plus grands scientifiques du continent et j'ai eu le plaisir de suivre plusieurs de ses interventions au Bureau régional et à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les maladies transmissibles, le paludisme et la salubrité de l'environnement. J'ai donc pensé qu'il serait utile de lui donner la parole au cours de cette réunion pour lui permettre de procéder à un échange d'idées avec le personnel sur des questions techniques.

Nous avons également le plaisir d'avoir parmi nous le représentant de l'OUA. Le Secrétaire général de cette organisation et moi-même avons convenu, lors du dernier sommet tenu à Yaoundé, de renforcer la collaboration entre nos deux institutions sur des questions techniques. Son représentant est donc parmi nous pour appliquer cette décision.

Enfin, le dernier invité et non des moindres, est le Conseiller juridique de l'OMS.

Messieurs les Ministres, lorsque vous m'avez élu au poste de Directeur régional ici même il y a deux ans, certains d'entre vous ont déclaré que c'était à cause de mon style de gestion et de mes aptitudes à mobiliser des fonds. Je tiens à vous assurer que nous mettons tout en oeuvre pour répondre à vos attentes.

Conformément à l'engagement que nous avons pris l'année dernière à Libreville, nous avons introduit un certain nombre de changements structurels au Bureau régional pour renforcer la gestion du développement sanitaire et améliorer notre performance dans les domaines essentiels. En premier lieu, nous avons créé une unité de mobilisation des ressources interorganisations qui est chargée des ressources extrabudgétaires. Les activités de cette unité ont entraîné une augmentation significative des ressources provenant des organisations multilatérales, bilatérales et non gouvernementales, de sorte que le montant des financements extrabudgétaires avoisine aujourd'hui celui du budget ordinaire.

L'une des leçons que j'ai apprises en ce qui concerne la collecte des fonds auprès des donateurs est que le meilleur moyen de garantir la poursuite des contributions consiste à utiliser correctement les fonds que vous avez reçus et à être en mesure d'en rendre compte de façon transparente. C'est pourquoi, nous avons créé une autre unité, chargée de la surveillance des ressources et dirigée par un fonctionnaire ayant une longue expérience de la comptabilité et de la vérification des comptes. Cette unité procède régulièrement au contrôle des comptes du Bureau régional et de nos bureaux dans les divers pays. Elle assure également la formation de notre personnel et, le cas échéant, du personnel des Etats Membres à une utilisation correcte des crédits de l'Organisation.

Nous sommes déterminés à ne pas revivre l'expérience que le Bureau régional a connue, il n'y a pas si longtemps, lorsqu'il a enregistré pendant plusieurs années une série de rapports négatifs de la part des vérificateurs des comptes, ce qui, naturellement, n'a pas attiré les faveurs des bailleurs de fonds. Je n'ai jamais fait l'objet d'un rapport négatif de la part des vérificateurs des comptes au cours des 14 années que j'ai passées à la tête du programme de lutte contre l'onchocercose et je suis déterminé à préserver cette image. Je voudrais par conséquent vous inviter instamment, honorables représentants des pays africains, à faire en sorte que les ressources de l'Organisation soient bien utilisées pour que les vérificateurs des comptes n'aient rien à nous reprocher.

Malgré la crise budgétaire que connaît l'Organisation, nous avons réussi à économiser 7,2 millions de dollars l'année dernière, que nous avons utilisés pour acheter des médicaments essentiels pour 43 pays.

Toujours dans le cadre de la restructuration du Bureau régional, nous avons créé une unité chargée des situations d'urgence et de l'aide humanitaire, en application des résolutions relatives au renforcement de l'aptitude des Etats Membres à répondre et à se préparer aux situations d'urgence. La création de cette unité a permis d'améliorer et d'accélérer la réponse du Bureau régional et des Etats Membres aux situations d'urgence. Cette unité collabore étroitement avec celles de Genève et de New York et travaille la main dans la main avec l'UNICEF, le HCR, et toutes les institutions des Nations Unies intervenant dans les situations d'urgence au niveau des pays.

Nous avons également enregistré une amélioration notable dans la gestion du personnel, en particulier dans le mode de recrutement. Comme je l'ai déclaré à Libreville l'année dernière, il est inutile de nous envoyer les curriculum vitae des candidats. Nous publions rapidement et largement toutes les vacances de postes et le recrutement des candidats se fonde uniquement sur la compétence et sur aucun autre critère. Si deux ou trois candidats ont le même niveau de compétences, nous tenons alors compte de la répartition géographique. Et si l'un de ces candidats est une femme, nous lui accordons la priorité, car il nous a été demandé d'accroître la proportion des femmes au sein de l'Organisation, en particulier aux niveaux les plus élevés.

Nous sommes fiers des progrès accomplis au cours de ces neuf derniers mois en ce qui concerne la promotion des femmes au niveau le plus élevé de la hiérarchie, à savoir celui de Directeur. Il n'y a pas longtemps et pour la première fois dans l'histoire du Bureau régional, une femme a été Directeur régional par intérim pendant que j'étais en mission.

Toujours en ce qui concerne la gestion du personnel, nous avons mis en place une politique de rotation des effectifs entre les pays difficiles et les pays où la vie est plus facile. Nous pensons que cette pratique sert au mieux les intérêts de l'Organisation.

Enfin, je voudrais rappeler à Monsieur le Président le mini-sommet de Yaoundé sur les enfants touchés par les troubles sociaux. Il faut avoir vu de près ce qui se passe dans un camp de réfugiés pour comprendre la situation très difficile dans laquelle se trouvent ceux qui sont forcés d'y vivre. Lors de mes voyages dans les Etats Membres, je me suis toujours fait un devoir de visiter les camps de réfugiés et ce que j'ai vu dans les camps de Goma, de Bukavu, de Tanzanie et à la frontière entre le Libéria et la Côte d'Ivoire m'a profondément bouleversé.

L'Afrique est le continent qui compte le plus grand nombre de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde. L'OMS et d'autres organisations consacrent énormément de ressources - humaines, financières et logistiques - aux efforts pour soulager la souffrance, mais le problème semble insoluble. Il est manifeste que l'aide humanitaire ne suffit pas. Pour que le problème des réfugiés soit résolu en Afrique, il faut mettre un terme aux conflits qui minent notre continent. Il faut que nos dirigeants prennent d'urgence les mesures nécessaires pour résoudre ce problème qui est comme une plaie béante sur la face de l'Afrique. Ce dont l'Afrique a le plus besoin aujourd'hui, c'est la paix. C'est dans la paix que nous pouvons trouver des solutions à nos problèmes et instaurer la santé, le progrès et la prospérité que nous désirons tous pour nos populations.

Je vous demande donc instamment, Monsieur le Président, de transmettre ce message simple à tous les autres Chefs d'Etat d'Afrique. Et je vous demande également d'en faire de même, Messieurs les Ministres.

DONNEZ-NOUS LA PAIX EN AFRIQUE !

**ALLOCUTION DE M. ROBERT R. BARTH,
ANCIEN PRESIDENT DU ROTARY INTERNATIONAL,
ADMINISTRATEUR DE LA FONDATION ROTARY**

Je suis très honoré de pouvoir m'adresser à vous à l'occasion de cette session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé afin d'aborder un sujet des plus importants - l'éradication de la poliomyélite. J'aimerais tout particulièrement remercier le Dr Ebrahim M. Samba qui, par son dévouement, a permis au Rotary, association mondiale de clubs-service, de trouver sa place dans des enceintes où il n'est généralement pas invité, nous permettant ainsi de faire connaître beaucoup plus largement notre message.

Permettez-moi de vous adresser à tous les sincères salutations du Président du Rotary International, M. Luis Vicente Giay, d'Argentine, où la poliomyélite a désormais disparu. Permettez-moi également de vous adresser les courtoises salutations du Président du Conseil d'Administration de la Fondation Rotary, M. Rajendra Saboo, dont le pays, l'Inde, a réalisé de remarquables progrès dans ses efforts pour éliminer cette maladie d'ici l'an 2000.

J'aimerais également saisir cette occasion pour remercier et féliciter ceux qui ont accueilli le Rotary International dans cette remarquable coalition. Le Rotary est fier de compter parmi ses partenaires l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations non gouvernementales dans cette grande croisade contre la poliomyélite.

Nous avons déjà beaucoup accompli ensemble. Nous avons éradiqué la poliomyélite dans la Région des Amériques. En Inde, nous avons vacciné 93 millions d'enfants en un seul jour. En République populaire de Chine, nous avons administré le vaccin contre la poliomyélite à plus de 320 millions d'enfants sur une période de trois ans. Depuis le lancement du programme PolioPlus en 1985, notre partenariat a protégé plus d'un milliard d'enfants contre cette insidieuse maladie.

Mais il reste beaucoup à faire, tout particulièrement ici en Afrique. Nous avons cependant la chance de pouvoir compter sur l'engagement des gouvernements et des autorités sanitaires des 46 pays de la Région, qui sont tous déterminés à éliminer la poliomyélite de ce continent.

A ce jour, le Rotary International a dépensé 70 millions de dollars pour éliminer cette maladie en Afrique, et nous comptons verser encore 30 millions de dollars d'ici la fin de ce siècle. Cela représente le quart des efforts financiers consentis par le Rotary pour la lutte contre la poliomyélite.

Et ces dépenses ne comprennent pas le travail inestimable de centaines de milliers de volontaires rotariens qui participent régulièrement aux Journées nationales de Vaccination et qui constituent une véritable armée servant à mobiliser la population, à transporter le personnel sanitaire et les vaccins et à administrer les vaccins. Nous venons aussi de créer un groupe spécial de rotariens déterminés à plaider auprès des gouvernements et des grandes entreprises multinationales des pays libérés de la poliomyélite pour leur demander de continuer à soutenir la mise en place d'un système mondial de surveillance médicale, seul moyen de garantir l'éradication définitive de la poliomyélite et, plus tard, d'autres maladies désastreuses.

Nos 28 000 clubs, qui regroupent 1,2 million de membres, souscrivent totalement à l'objectif de l'éradication de la poliomyélite et se sont engagés à l'atteindre d'ici l'an 2000. Nous savons qu'une fois ce but atteint, nous pourrions offrir au monde, le jour de notre centième anniversaire en 2005, un cadeau inestimable : la certification officielle d'un monde sans poliomyélite.

Cela ne pourra se faire sans l'aide, la détermination et l'ingéniosité que nous avons déjà remarquées à maintes reprises en Afrique. L'Organisation de l'Unité africaine a souligné l'importance de la lutte contre la poliomyélite lors de son 32ème sommet qui s'est déroulé en juillet 1996, encourageant toutes les nations africaines à participer aux Journées nationales de Vaccination. Le mois dernier, le Président de l'Afrique du Sud, M. Nelson Mandela, a lancé une campagne de sensibilisation en faveur de la vaccination intitulée *Kick Polio Out of Africa*.

Nos amis d'Angola ici présents peuvent mieux que moi témoigner du déroulement de leur première Journée nationale de Vaccination, qui s'est tenue il y a quelques semaines. Après plus de 20 ans de guerre civile, l'infrastructure qui subsiste en Angola est limitée, ce qui complique la tâche pour dispenser des soins de santé publique dans des zones éloignées qui n'ont ni médecin ni infirmière. Il y a de vastes bidonvilles d'accès difficile, où vivent plus de 600 000 enfants.

Heureusement, nos partenaires au niveau mondial ont relevé le défi. Nous avons demandé à des entreprises de nous prêter main-forte pour transporter les vaccins et le personnel sanitaire jusqu'aux points de vaccination. Deux médecins rotariens ont accompagné les troupes de l'ONU en vue d'administrer le vaccin dans les régions isolées.

Les forces vives se sont rassemblées en Angola, et le résultat obtenu a été une réussite totale. L'Angola a obtenu une excellente couverture vaccinale, apportant ainsi une lueur d'espoir à tous les pays africains.

L'Afrique fait face à un défi de taille en s'engageant dans la campagne contre la poliomyélite à cette période de son histoire. Mais les chances de succès n'ont jamais été aussi grandes grâce à la sagesse, la compréhension et la coopération des 26 gouvernements qui ont bien voulu soutenir des Journées nationales de Vaccination en 1996.

Les bienfaits de l'éradication sont plus visibles que jamais. Les pays ayant déjà annihilé ce fléau ont maintenant fortement réduit l'incidence d'autres maladies infectieuses; sur le continent américain, la transmission de la rougeole a pratiquement été éliminée durant ces douze dernières années.

En éradiquant la poliomyélite, nous bâtissons également un réseau international en vue d'un système de surveillance médicale efficace qui nous permettra de combattre d'autres maladies infectieuses. Nous édifions une structure mondiale de coopération médicale qui s'étend au-delà des frontières, transcende les différences religieuses et dépasse les animosités entre nations. Nous apportons au monde la preuve de ce qu'il est possible de réaliser, lorsque se noue un partenariat entre des initiatives publiques et privées, lorsque des bénévoles sont recrutés dans le cadre d'une stratégie de réduction des épidémies et que des nations oublient leurs divergences pour oeuvrer à une cause commune.

Poursuivons donc tous ensemble dans la même voie, pour pouvoir, dans quelques années, nous souvenir avec fierté de ce que nous avons accompli en commun. Pour la seconde fois dans l'histoire de l'humanité, nous aurons réussi à éradiquer une maladie dévastatrice.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DU DR HIROSHI NAKAJIMA,
DIRECTEUR GENERAL, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Monsieur le Président,
Monsieur le Directeur régional,
Excellences,
Mesdames et Messieurs les représentants du Corps diplomatique,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Honorables représentants,
Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un honneur, et c'est aussi un grand plaisir, de saluer la présence parmi nous du Président de la République du Congo, Monsieur Pascal Lissouba, à cette séance inaugurale de la quarante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Par votre présence, Monsieur le Président, vous marquez toute l'importance que vous accordez à la santé et à la coopération internationale. L'appui personnel que vous nous apportez est capital et je vous en remercie.

Je l'ai souligné lors du Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine qui s'est tenu cette année à Yaoundé : il est essentiel que les personnages politiques, au plus haut niveau, s'engagent personnellement en faveur des politiques et des actions de santé. Leur exemple permet de donner une impulsion nouvelle aux politiques de santé et favorise la coordination intersectorielle. Pour tous les acteurs sociaux et économiques, cette volonté politique récentre les priorités sanitaires. Elle entraîne l'adhésion des différents services et secteurs, publics et privés, y compris des équipes de santé sur le terrain et des communautés locales et villageoises. Elle assure enfin la confiance et la coopération des organisations pour l'aide au développement, qu'elles soient bilatérales ou multilatérales, intergouvernementales ou non gouvernementales.

La santé est d'abord un élément fondamental de la sécurité et du bien-être des peuples. Elle est aussi une pièce maîtresse du développement social, de la prospérité économique et donc de la cohésion et de la stabilité des pays et des régions. Ce n'est pas un hasard si l'Organisation de l'Unité africaine donne depuis quelques années une place toujours croissante à la santé dans ses travaux et dans ses réflexions. Je l'ai constaté au cours des réunions de l'OUA auxquelles je participe régulièrement. Je m'y suis toujours attaché personnellement à faire entendre les préoccupations des secteurs de santé et à proposer les voies d'une coopération internationale fondée sur le respect mutuel, et visant à une plus grande justice sociale dans le partage des droits et des responsabilités.

Au cours des sessions passées, les pays de l'Organisation de l'Unité africaine ont ainsi abordé d'une façon ou d'une autre des questions sanitaires cruciales pour le développement humain et social de la Région : la pandémie du VIH/SIDA, ses conséquences pour les enfants et donc pour l'avenir de l'Afrique; la santé et le développement; la lutte contre les maladies infectieuses; l'assainissement et la sécurité de l'environnement; les risques d'une importation et d'une banalisation de la consommation des substances illicites. A Yaoundé, répondant aux inquiétudes dont les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA m'ont fait part, j'ai proposé l'inscription de la question du paludisme à l'ordre du jour du prochain Sommet qui doit se tenir au Zimbabwe. Ainsi, nous pourrions ensemble faire le point sur ce fléau qui pèse douloureusement sur l'Afrique, en évaluer le coût humain, économique et social. Et, surtout, nous étudierons les perspectives d'une action renforcée pour l'avenir.

Mais déjà aujourd'hui nous agissons, et nos efforts portent leurs fruits. L'éradication ou l'élimination de maladies telles que la poliomyélite, la maladie du ver de Guinée (dracunculose), la lèpre, et le tétanos néonatal, permettront de protéger la vie des générations montantes en Afrique et d'épanouir le potentiel du continent tout entier.

Monsieur le Président, il y a quelques jours de cela, vous avez vous-même donné le coup d'envoi à l'intensification de la campagne de vaccination qui permettra dans un proche avenir d'éradiquer la poliomyélite du Congo. Je tiens à vous remercier très sincèrement de votre participation et de votre appui à cette campagne qui s'inscrit dans un effort régional et mondial. Je voudrais saisir cette occasion pour

remercier tous nos partenaires qui contribuent à cet effort et qui, en Afrique plus particulièrement, apportent leur soutien au Docteur Samba, notre Directeur régional, et à nos équipes - tant au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, à Brazzaville, que sur le terrain, dans les pays. Je veux notamment saluer la présence aujourd'hui de M. Robert Barth (Président) du Rotary International et lui exprime notre gratitude pour le soutien déterminant donné à notre campagne. Je voudrais aussi remercier les gouvernements qui (comme le Danemark, le Japon et les Etats-Unis d'Amérique) nous apportent une aide précieuse.

Monsieur le Président, Excellences, Mesdames, Messieurs,

Les changements mondiaux auxquels nous sommes tous confrontés exigent de notre part une mise à jour de nos politiques publiques et de nos méthodes de travail. Cette tâche considérable demande la mise en commun de nos moyens financiers et humains. C'est un des objectifs de la coopération internationale. L'OMS, au sein du système des Nations Unies, en est l'instrument privilégié dans le domaine de la santé.

Monsieur le Président, depuis plusieurs décennies, l'OMS jouit à Brazzaville d'un environnement amical et d'un appui sans faille de la part des autorités et de la population congolaises. Je voudrais, Monsieur le Président, vous dire toute ma reconnaissance et celle de la communauté internationale, pour le soutien généreux et l'hospitalité que nous assurent la République et le peuple du Congo. Je me réjouis de la solidité et du succès de cette coopération dont votre présence est aujourd'hui le garant.

**DECLARATION DU DR HIROSHI NAKAJIMA,
DIRECTEUR GENERAL, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

Monsieur le Président,

Une révolution est en cours, qui ne restera pas silencieuse. Dans un nombre croissant de sociétés, les médias, les sondages d'opinions et le marché font savoir clairement que la population veut voir ses propres critères guider les choix effectués par les médecins, les économistes et les décideurs. Dans les premiers temps de la santé publique, les médecins décidaient des priorités sur une base essentiellement épidémiologique. Plus récemment, sous la pression des forces du marché et de la pensée économique, la santé est apparue comme un facteur de productivité et la maladie comme un fardeau économique. Pour définir les buts et les priorités sanitaires, les économistes ont utilisé de plus en plus des critères tels que la rentabilité et le rapport coût/efficacité. Mais aujourd'hui, malades, consommateurs, électeurs et contribuables disent haut et fort que leur santé, leur sécurité et leur propre perception des risques doivent passer avant tout.

La pression publique sur les politiques liées à la santé s'est accrue avec l'émergence du VIH/SIDA et de problèmes tels que la sécurité transfusionnelle, les droits des malades et les risques liés à l'environnement. On a bien perçu l'impact potentiel de cette pression à l'occasion des flambées récentes de choléra, de peste, de fièvre hémorragique à virus Ebola et lorsque se sont déclarés les cas d'une variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. L'opinion du public sur la santé, si extrême soit-elle parfois, doit être reconnue et utilisée de façon constructive pour renforcer le développement de la santé, tant au niveau politique que sur le terrain. Cela signifie que nous devons réussir à mieux comprendre les préoccupations du public et partager avec lui nos informations.

Un rôle important incombe en particulier aux médias mondiaux en tant que partenaires potentiels dans l'analyse des questions de santé, la sensibilisation de l'opinion et la mobilisation de ressources pour la santé. Nous devons apprendre à travailler avec eux et à leur fournir des informations exactes et sûres au plan éthique. L'OMS prépare actuellement son troisième Rapport sur la santé dans le monde. Après avoir examiné les liens entre la pauvreté et la maladie en 1995 et la situation des maladies infectieuses en 1996, nous nous concentrerons en 1997 sur le coût humain et social de la maladie.

Avec les ressources nécessaires, les indicateurs sanitaires peuvent toujours être améliorés et les cibles atteintes, ne serait-ce que provisoirement. Mais la pérennité est notre objectif, car elle est la véritable mesure du succès. Or la pérennité dépend du soutien public. Et pour cela, nous devons nous assurer la confiance de la population, l'informer sur les questions de santé, et reconnaître ses propres valeurs et ses priorités. Cette reconnaissance doit constituer la base du processus lancé par l'OMS en vue de renouveler nos politiques pour favoriser un accès équitable à la santé pour tous. C'est dans cet esprit que je n'ai cessé de demander l'instauration de nouveaux partenariats pour la santé avec tous les secteurs, y compris la société civile, pour stimuler la solidarité et le renforcement des capacités à tous les niveaux.

Nos campagnes contre certaines maladies nous ont permis d'acquérir une grande somme d'expérience utile sur la manière d'élaborer les interventions et de fixer les priorités sanitaires avec les personnes concernées. Dans la Région de l'Afrique, l'éradication de la dracunculose et la lutte contre l'onchocercose ont été menées à bien grâce au partenariat harmonieux qui a été établi entre la population des villages, les agents de santé et les pouvoirs publics. La communauté internationale a fourni un apport financier capital pour les opérations de terrain, l'achat de médicaments et la formation. Mais rien de durable n'aurait pu être réalisé sans la participation pleine et entière des communautés locales, le soutien des ministères de la santé et l'engagement personnel des dirigeants politiques au plus haut niveau. Le nouveau programme africain de lutte contre l'onchocercose, qui couvre 12 pays supplémentaires, pourra désormais adjoindre ses nouvelles réalisations à l'expérience déjà acquise et aux succès passés.

La Région africaine redouble aussi d'efforts pour éradiquer la poliomyélite avant l'an 2000. Réunis récemment au Sommet de Yaoundé, les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine se sont engagés à soutenir personnellement le but de l'éradication de la poliomyélite et les Journées nationales de Vaccination qui ont été prévues. Entre 1989 et 1995, l'incidence annuelle de la poliomyélite dans la Région est tombée à un peu plus de 1500 cas, soit une baisse spectaculaire de 70 %. Des efforts

considérables restent cependant nécessaires pour réaliser l'éradication. L'OMS, en coordination avec ses autres partenaires, y compris l'UNICEF et Rotary International (et les Gouvernements danois, japonais et des Etats-Unis d'Amérique), veillera à ce que des ressources soient mobilisées et, surtout, à ce que soit maintenu un approvisionnement suffisant en vaccins.

L'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique est en bonne voie et elle sera réalisée en l'an 2000. Dans tous les pays, les campagnes menées contre des maladies particulières aident à mettre en place des effectifs et une infrastructure de base, jetant ainsi des bases solides pour le développement des services de soins de santé primaires. Ces campagnes favorisent la communication et la confiance entre le public et les services de santé. Elles encouragent aussi la population à utiliser ses propres ressources et à prendre des initiatives pour protéger et promouvoir sa santé et celle de ses communautés.

On peut aussi constater l'importance d'un engagement politique ferme et de l'efficacité des approches communautaires dans le cas du VIH/SIDA. L'Ouganda fait actuellement état d'une baisse du nombre des cas nouveaux d'infection par le VIH dans certains groupes de la population. Si toutes sortes de facteurs sont en jeu, la plupart sont liés à des changements dans le comportement sexuel, dont dépend la réussite de la prévention. Ces changements ont été rendus possibles par l'information et l'éducation sanitaires dispensées à tous, en particulier aux jeunes, et par l'accessibilité des soins et d'un soutien sur le lieu de travail, pour les migrants et les groupes vulnérables et pour les familles affectées. L'OMS continuera de soutenir les programmes nationaux de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Elle fera tout ce qui est en son pouvoir pour mobiliser des ressources supplémentaires et aider les pays à se procurer les médicaments et le matériel dont ils ont besoin pour soigner les personnes affectées par le VIH/SIDA.

Nombre des Chefs d'Etat et de Gouvernement que j'ai rencontrés à Yaoundé à l'occasion du Sommet de l'OUA se sont déclarés inquiets devant l'énorme coût humain et social du paludisme. C'est pourquoi je leur ai proposé d'inscrire le paludisme à l'ordre du jour du prochain Sommet de l'OUA, qui se tiendra au Zimbabwe. Tout en maintenant son soutien à la recherche sur les antipaludiques, l'OMS continuera aussi d'aider les pays à promouvoir les programmes communautaires de lutte antipaludique et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Il y a tout lieu de se féliciter de l'Initiative AFRIQUE 2000. Elle met à juste titre l'accent sur l'amélioration de tous les aspects de l'infrastructure de base, de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau, qui jouent un rôle si important dans la réduction générale des risques liés à l'environnement. Dans mon allocution au Sommet des Nations Unies sur les Etablissements humains (Habitat II), à Istanbul cette année, j'ai appelé l'attention sur de nombreuses questions de santé liées aux modes de vie et à l'environnement urbain. J'ai insisté sur la nécessité d'en tenir compte dans tous les projets de logement et d'urbanisme. J'ai aussi essayé d'expliquer combien il importe, en particulier dans les grandes villes où les communautés tendent à se désintégrer, de saisir l'occasion des projets de santé pour instaurer une certaine cohésion sociale et un sens de la solidarité entre les groupes instables de citoyens.

Il ne fait aucun doute que nous devons veiller à ce que nos problèmes de santé communs soient représentés au niveau mondial afin que nous puissions influencer les politiques, accroître la sensibilisation et mobiliser un soutien pour les régions et les pays. C'est ce que je m'efforcerais de faire une fois encore dans quelques jours lorsque je participerai au Sommet solaire, à Harare.

La régionalisation et la mondialisation sont des forces majeures qui déterminent les opportunités et les contraintes pour le développement sanitaire et la coopération internationale. Tout en se complétant l'une l'autre, elles génèrent aussi des impératifs opposés. La décentralisation, par exemple, est à l'évidence nécessaire pour concevoir des politiques et des interventions sanitaires qui répondent aux besoins particuliers et qui tirent pleinement parti des compétences et des connaissances locales. Mais la demande est tout aussi forte pour ce qui est de la gestion mondiale des ressources et de l'information. L'OMS est de plus en plus sollicitée pour coordonner l'harmonisation des normes que peuvent utiliser les pays pour évaluer et choisir des politiques, des pratiques et des technologies dans le domaine de la santé. Par la coordination et la régulation au niveau mondial, nos partenaires cherchent à accroître au maximum tant l'efficacité que l'équité dans l'utilisation des ressources. La même tension existe entre centralisation et décentralisation, pour des raisons très voisines, au sein des régions et des pays.

La diversité des régions ne peut pas être ignorée, et c'est sûrement là l'un des atouts les plus précieux du monde. L'immense réserve de connaissances et la vitalité des communautés locales et nationales doivent être reconnues, et les populations doivent être en mesure de décider elles-mêmes de leur vie et de leur environnement. En même temps, la mondialisation des modes de vie, des affaires et des communications a renforcé l'interdépendance des pays et des secteurs d'activité. Les conflits et les épidémies affectent les pays voisins et peuvent s'étendre rapidement au monde entier. En même temps, alors que l'essentiel de la recherche, du développement et du commerce pharmaceutiques et de la technologie est concentré dans un petit nombre de pays, des alliances régionales et mondiales doivent être constituées pour influencer sur les priorités, les prix et les normes. Dans la mesure où les déterminants de la santé sont devenus mondiaux, la gestion des problèmes sanitaires doit aussi être mondiale.

C'est dans ce contexte et dans le cadre du processus de réforme de l'OMS que j'ai créé une nouvelle Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles au Siège afin d'assurer une approche consolidée de nombreuses questions liées aux maladies infectieuses. En étroite collaboration avec les Bureaux régionaux, et avec le soutien opérationnel de notre Division des Opérations de Secours d'Urgence et de l'Action humanitaire, la Division des Maladies émergentes a joué un rôle clé en aidant à coordonner la lutte internationale contre les épidémies. Aussi, lorsque se sont déclarées les flambées épidémiques de fièvre hémorragique de type Ebola dans certains pays d'Afrique, l'arrivée rapide des experts a permis aux équipes de santé nationales d'endiguer très vite l'épidémie. L'un des atouts importants de la Division est qu'elle est tout à la fois chargée de l'examen de la situation, du contrôle de l'évolution de la situation, de la mise en place d'un système de surveillance et de la planification de la préparation à de nouvelles flambées.

La force et l'adéquation de cette structure ont été mises à l'épreuve une fois encore au début de cette année. En mars 1996, le Royaume-Uni a signalé 10 cas humains d'une variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob en soupçonnant qu'un lien pouvait exister avec les encéphalopathies spongiformes bovines. Peu après la diffusion de cette information, la Division a pu organiser une consultation qui a formulé un certain nombre de recommandations sur les pratiques permettant d'assurer au mieux la protection des consommateurs et proposé de renforcer la surveillance mondiale de cette variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. La Division a ensuite chargé un groupe de neurologues et de cliniciens venus de toutes les Régions de l'OMS d'examiner la neuropathologie comparée des encéphalopathies spongiformes transmissibles et de proposer un protocole de collaboration internationale pour le diagnostic et la surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et des maladies apparentées. Les Bureaux régionaux ont aussi un rôle très important à jouer à cet égard.

Le Bureau régional de l'Afrique jouera aussi naturellement un rôle essentiel dans la conception et la coordination de la composante sanitaire de l'Initiative spéciale du système des Nations Unies en faveur de l'Afrique. Cette initiative a été lancée en mars 1996 par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, M. Boutros Boutros-Ghali. Il a été convenu qu'elle se concentrerait à la fois sur la santé et l'éducation, en accordant une attention particulière aux questions féminines dans toutes les activités prévues. L'Organisation mondiale de la Santé s'est engagée sans réserve à soutenir cette Initiative spéciale et je veillerai à ce qu'elle ait la priorité dans la mise en oeuvre de nos programmes et de nos activités. Nous avons déjà entamé le processus de planification de la réforme du secteur de la santé, l'un des axes principaux de l'Initiative. Nous sommes en consultation avec nos Etats Membres en Afrique, de nombreuses organisations du système des Nations Unies et un certain nombre d'organisations non gouvernementales qui travaillent dans le domaine de la santé.

Nous devons cependant veiller à ne pas confondre le besoin de coordination mondiale et la tentation d'imposer un modèle de développement spécifique au monde. La privatisation, par exemple, ne peut pas avoir partout la même signification ni le même impact. Quelles que soient leurs difficultés économiques actuelles, les pays industrialisés disposent d'un réseau de services de santé bien développé, et la plupart des citoyens de ces pays ont encore les moyens d'obtenir des soins lorsqu'ils en ont besoin. Mais dans les pays où l'infrastructure sanitaire est fragile, où il y a peu de professionnels de la santé et pas de services périphériques, la privatisation signifie que l'immense majorité de la population, dans un avenir proche, n'aura simplement pas accès aux services de santé dont elle a besoin. De même, sans fonds publics, le développement des ressources humaines, dans bien des cas, n'aura simplement pas lieu.

C'est là que les partenaires mondiaux doivent retourner dans les pays et revoir les politiques et les priorités à la lumière de la réalité. Dans le cas de l'Afrique, les principaux éléments d'une stratégie de réforme de la santé pourraient être les suivants : améliorer la mobilisation et l'allocation des fonds, améliorer la gestion des services et des ressources dans le domaine de la santé, développer les ressources humaines et renforcer le potentiel local et, enfin, améliorer l'égalité d'accès de tous les groupes de population à des soins et une infrastructure d'un niveau essentiel.

Dans ce contexte général, la préparation du budget programme de l'OMS pour 1998-1999 est d'une importance capitale. Le cinquantième anniversaire de l'Organisation en 1998 est pour nous l'occasion d'évaluer nos réalisations et nos besoins. Mais plus important encore, cette période donnera le ton et indiquera l'orientation de nos travaux pour le siècle à venir, par les stratégies, les priorités et les méthodes de travail que nous établirons ensemble.

Le projet de budget programme que je présenterai au Conseil exécutif en janvier 1997 a été préparé sur la base des niveaux budgétaires de 1996-1997. Cela tient premièrement à l'incertitude généralisée qui règne dans notre environnement économique mondial, et deuxièmement à l'incertitude quant à la volonté de nos Organes directeurs de tenir suffisamment compte de facteurs tels que l'inflation et les fluctuations des taux de change dans le budget définitif. Selon la décision que prendront les Organes directeurs sur ce point, nous verrons s'il faut opérer des réductions effectives en termes de programmes. Vous devez aussi savoir qu'au stade actuel, certaines différences subsistent entre les priorités fixées par nos Organes directeurs et celles qui ressortent des propositions émanant des Régions pour 1998-1999.

L'une des principales difficultés pour tous nos bureaux sera de trouver le moyen d'endiguer leurs coûts administratifs tout en conservant leur capacité à gérer et à fournir un soutien aux Etats Membres. D'une part, il est souvent impossible de dissocier les aspects techniques des aspects administratifs de notre soutien aux pays. D'autre part, nous sommes tous convenus que le rôle des Représentants de l'OMS doit être renforcé si nous voulons raviver nos partenariats avec les pays pour faciliter l'adaptation aux changements mondiaux. Nous devons cependant privilégier une plus grande ouverture de notre dialogue et l'amélioration de notre coopération avec les pays, et non l'accroissement des structures et l'augmentation des coûts administratifs. Les Régions devront donc à la fois faire preuve d'innovation et se montrer réalistes à cet égard. Si, dans le projet d'allocation budgétaire pour la Région africaine pour 1998-1999, ce poste est en légère augmentation, le Comité régional devra trouver le moyen d'utiliser au mieux ces fonds pour accroître son efficacité et ces résultats.

L'OMS et ses Etats Membres partagent les mêmes défis : d'une part la réduction des moyens financiers et d'autre part l'augmentation de la demande du public. Ensemble, les ministères de la santé et l'OMS doivent définir un cadre pertinent pour les stratégies mondiales, respecter les priorités locales et coordonner les ressources locales et mondiales. Nous devons veiller à nous appuyer sur une base épidémiologique solide et sur des données de base nationales fiables pour pouvoir mesurer les progrès et les résultats à long terme.

La Conférence d'Alma-Ata a commis l'erreur de s'engager dans des stratégies particulières sans s'être procurée auparavant ces données de base. C'est pourquoi les pays ont eu beaucoup de mal à se fixer des objectifs, des cibles et des délais, et à surveiller utilement les progrès. En examinant l'expérience passée, nous devrions être à même de reconnaître certaines des raisons qui ont conduit à des succès ou à des échecs, parfois au sein du même programme. Par exemple, pourquoi nos efforts ont-ils eu si peu d'impact sur la morbidité et la mortalité maternelles alors que la vaccination des enfants a été une si grande réussite ? Tout cela souligne davantage encore l'importance de la troisième évaluation de la stratégie de la santé pour tous qui est en cours. J'engage tous les pays à participer à cette évaluation et à faire de leur mieux pour recueillir autant d'informations que possible afin de nous permettre d'établir des plans valables pour l'avenir.

La réforme et le développement des systèmes de santé doivent aussi tenir compte des incidences des changements mondiaux. Ils doivent intégrer les conséquences pour les déterminants sanitaires de la mondialisation et de la régionalisation des forces sociales et économiques. Les politiques de santé du vingt et unième siècle devront refléter l'évolution des rôles et des fonctions des gouvernements à mesure que se

développera l'économie de marché, et que la société civile participera directement à la prise des décisions et lancera ses propres projets de développement sanitaire au niveau communautaire. Selon les circonstances dans chaque pays, le gouvernement pourra être appelé à dispenser directement les services ou à gérer les services de santé, l'égalité d'accès et la qualité des soins, par le biais de la réglementation.

Il ne peut pas exister de modèle mondial unique pour les politiques publiques et les structures sanitaires, mais il doit y avoir unité de but et solidarité dans l'action. Pour servir la santé pour tous, l'OMS doit demeurer une organisation mondiale.

Alors que nous préparons le renouvellement en 1998 de nos politiques de la santé pour tous, nos Etats Membres et nos Organes directeurs voudront peut-être revoir certaines des fonctions et certains des mécanismes énoncés par la Constitution. Mais les valeurs humaines qui ont inspiré la création de l'Organisation mondiale de la Santé restent aussi importantes aujourd'hui qu'il y a 50 ans et elles doivent être préservées.

Les fondateurs de la Constitution ont créé l'Organisation mondiale de la Santé pour favoriser la paix, le bien-être et la justice par l'égalité d'accès à la santé et au développement. Ce sont là des objectifs intangibles, mais c'est sur eux que repose notre vision de la coopération internationale et du développement sanitaire. Il nourrissent le rêve que nous avons d'assurer un accès équitable à la santé pour tous et notre volonté de promouvoir l'autonomie de tous les êtres humains et de tous les pays. Ils inspirent notre volonté d'instaurer des partenariats égaux pour la santé, basés sur le respect mutuel et le partage des droits et des responsabilités, avec tous les peuples pour lesquels l'Organisation existe.

ALLOCUTION DU MINISTRE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU CONGO *

Excellence Monsieur le Président de la République,
Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,
Monsieur le Président du Rotary International,
Monsieur le Président de la quarante-cinquième session du Comité régional,
Excellences, Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs et Chefs des Missions diplomatiques,
Mesdames et Messieurs les Délégués, représentant les Etats Membres,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs,

L'honneur m'échoit, et c'est un agréable devoir, au nom de tous mes pairs africains, et en mon nom propre de prendre la parole devant cette auguste assemblée, lieu de plaidoyer par excellence et de mobilisation intense en faveur de la santé.

Mon pays apprécie hautement le choix de Brazzaville, siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, pour parrainer ce double événement : la quarante-sixième session du Comité régional coïncidant avec le 50ème anniversaire de l'OMS.

Mais, je voudrais, avant tout propos, saisir cette occasion pour souhaiter, à nos illustres hôtes, une chaleureuse bienvenue et un bon séjour d'amitié au Congo.

Excellence, Monsieur le Président de la République,
Distingués hôtes,
Mesdames et Messieurs,

L'Afrique se trouve à un tournant historique décisif. L'instauration et le renforcement de la démocratie, après l'échec des systèmes monopartistes, ainsi que la lutte vigoureuse contre la pauvreté en faveur d'un développement durable et d'un mieux-être, revêtent à mes yeux la plus haute importance. La tâche est immense et ardue; et de nombreux défis se dressent devant nous. La litanie de détresse est suffisamment connue pour énumérer tous ces fléaux : guerre et conflits sociaux, personnes déplacées par ci, catastrophes naturelles par là, famine, crise économique, crise des systèmes et forte dégradation de l'état de santé des populations partout... Je ne voudrais pas vous affliger davantage. Mais, je ne puis résister à cet exercice de revue critique de la situation sanitaire, à une occasion aussi solennelle.

Excellence, Monsieur le Président de la République,
Mesdames et Messieurs,

Des millions d'africains sont aujourd'hui inquiets pour leur santé, leur avenir et celui de leurs enfants. Et pour cause :

Le paludisme, l'un des plus graves problèmes de santé publique de notre continent, décime chaque jour des populations entières.

A ce triste record s'ajoutent encore le péril du SIDA, la flambée des épidémies de méningite, fièvre jaune, choléra, shigellose, poliomyélite et la plus célèbre d'entre elles la fièvre hémorragique virale Ebola, comme vous le souligniez vous-même, Monsieur le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, dans votre rapport de 1995.

* Prononcée par M. A. Tsomambet, Ministre de la Recherche scientifique de la République du Congo.

Il s'est agi, Mesdames et Messieurs, non seulement de nous pénétrer de cette accablante réalité, mais encore et surtout de nous convaincre de l'urgente nécessité d'envisager autrement notre avenir sanitaire. C'est là l'intérêt suprême de ce forum.

A ce sujet, et pour ma part, je voudrais vous rassurer que mon pays souscrit pleinement aux différentes résolutions et recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé et adhère totalement aux priorités opérationnelles retenues par cette institution, pour la période 1995-1999 que sont notamment : la redynamisation du système de santé de district, la lutte intégrée contre la maladie y compris le SIDA, la gestion de l'environnement, la promotion et la protection de la santé, la préparation et la réponse aux situations d'urgence.

Il s'engage résolument à les mettre en oeuvre. En ayant adopté le Plan national de Développement sanitaire, comme Loi d'Etat, le Congo dispose d'un cadre cohérent et flexible capable d'intégrer les idées et les pratiques thérapeutiques nouvelles. C'est ainsi que, face aux faiblesses constatées en matière de couverture sanitaire (PNDS), notre ambition a été de rapprocher les soins des populations des zones rurales de faible accessibilité et défavorisées, par le biais des cliniques mobiles, conformément aux orientations du Gouvernement et sous l'inspiration de Son Excellence, Monsieur le Président de la République, le Professeur Pascal Lissouba.

La clinique mobile, faut-il le rappeler, est un ensemble équipé de ressources médico-techniques et de moyens de communication aménagé sur un véhicule adapté.

En outre, Monsieur le Directeur général de l'Organisation de la Santé, votre institution avait, en 1988, lancé l'initiative d'éradication de la poliomyélite pour l'an 2000.

Cet objectif a été entériné, sur le plan africain, en septembre 1995, par la quarante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Libreville, au Gabon, sous la forme d'une résolution sur l'organisation par les Etats Membres des Journées nationales de Vaccination basées sur la lutte contre la poliomyélite.

Au moment même où se tient cette quarante-sixième session du Comité régional, il me plaît de signaler que le Congo a accompli des efforts hautement appréciables, en vue de l'éradication de cette maladie invalidante. Depuis cinq ans, en effet, aucun cas n'a été enregistré. Mieux encore, nous nous apprêtons avec l'appui de l'OMS, le Rotary International et d'autres donateurs, à organiser nos Journées nationales de Vaccination en deux phases, du 7 au 9 septembre, et du 5 au 7 octobre 1996.

Monsieur le Président du Rotary International

Cette mise en mouvement n'a été possible que grâce à l'esprit de partenariat et à la contribution inestimable et précieuse de votre noble organisation.

Notre peuple, qui se mobilise de manière décisive, sait apprécier ce grand geste de générosité et de solidarité internationale en sa faveur. C'est pourquoi, en son nom et au nom de Son Excellence, Monsieur le Président de la République, je voudrais vous adresser solennellement nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Distingués Délégués,
Mesdames et Messieurs,

Je reste persuadé que des efforts conjugués et soutenus de tous nos Etats permettront de "bouter" effectivement hors d'Afrique la menace de l'incapacité imputable à la poliomyélite, et de garantir un mieux-être sanitaire à nos populations.

C'est sur cette note d'espoir, que je termine mon propos tout en invitant très respectueusement son Excellence, Monsieur le Président de la République à bien vouloir prendre la parole pour son mot d'ouverture.

Je vous remercie.

**DISCOURS DE MME TORILD SKARD,
DIRECTEUR REGIONAL DE L'UNICEF
POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE**

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres,
Monsieur le Directeur régional de l'OMS, Mesdames et Messieurs.

L'UNICEF, par ma voix, présente au Président du quarante-sixième Comité régional de l'OMS pour l'Afrique et au Directeur régional ses chaleureuses félicitations et vous remercie de nous permettre d'exprimer les espoirs et les préoccupations de notre Organisation dans la Région.

La situation sanitaire du continent est généralement inquiétante. Pour l'UNICEF, en ce moment, quelques sujets constituent une préoccupation particulière. Dans mon intervention je parlerai de la mortalité maternelle, de la lutte contre la dracunculose et de la revitalisation des centres de santé primaires. La semaine prochaine, ma collègue le Directeur régional de l'Afrique de l'Est et du Sud, Madame Shahida Azfar, va parler des autres thèmes.

Le dernier rapport de l'UNICEF, le Progrès des Nations 1996, nous interpelle sur la mortalité maternelle en Afrique. Le taux de mortalité maternelle sur notre continent est de loin le plus élevé dans le monde. La question est posée : pouvons-nous continuer à participer, par la conspiration du silence, à la tragédie la plus négligée de notre époque ?

Il est difficile d'établir des statistiques fiables, mais la moyenne régionale du taux de mortalité maternelle pour l'Afrique au sud du Sahara est, d'après les dernières estimations, de 980 pour 100 000 naissances vivantes. Et pour chaque femme qui meurt pendant l'accouchement, il y en a probablement 30 qui souffrent d'infections et des lésions qui sont souvent pénibles, mutilantes, humiliantes et durables. Il est impossible de quantifier la souffrance et la douleur, la peur et l'angoisse, le manque de confiance et d'estime de soi qui sont les compagnons constants de la vie de tant de femmes.

Le paradoxe dans cette tragédie est que les stratégies et les moyens nécessaires pour améliorer la situation sont bien connus. Mais la volonté de les mettre en oeuvre fait encore cruellement défaut. Pourtant, aucun de nos pays ne part de zéro pour la résolution du problème. Il s'agit essentiellement de rompre le mur de silence, d'accepter l'importance du problème et de prendre des mesures appropriées pour changer les conditions existantes : améliorer les services de planning familial, les prestations des accoucheuses et les soins obstétricaux dans les centres de santé et les hôpitaux de référence. Nous ne pouvons pas continuer de rester des spectateurs passifs de la mort qui frappe celles qui donnent la vie.

Pour ce qui est de l'éradication de la dracunculose, nous n'avons certes pas atteint l'objectif visé en 1995, mais nous ne pouvons pas baisser les bras, alors que nous sommes très proches du but. Et des données optimistes nous encouragent. Selon l'OMS, depuis 10 ans, le nombre de cas est passé de 3,5 millions en 1986 à 130 000 cas en 1995, soit un taux de réduction de 95 %. Si l'on met à part le Soudan qui enregistre près de la moitié des cas mondiaux et qui vit des difficultés particulières, le taux de réduction entre 1994 et 1995 est de 42 % pour les 17 pays d'endémie. Je tiens à réaffirmer, ici, l'engagement de l'UNICEF à poursuivre les efforts pour l'éradication du ver de Guinée. Conformément à la résolution du Comité régional de l'année dernière, l'UNICEF appuiera les programmes de lutte contre la dracunculose dans le cadre de l'intégration des soins de santé primaires et la promotion des activités à base communautaire.

L'UNICEF est convaincue que pour que les programmes de la protection de la mère et de l'enfant obtiennent des résultats durables, il leur faut s'appuyer sur un système de santé fonctionnel, capable de fournir des prestations de qualité, sans exclure les plus pauvres et avec la pleine participation de la population. Nous soutenons ainsi la mise en place de la réforme de la santé dans les différents pays et la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Le bilan dans ce secteur est très encourageant malgré les conditions difficiles dans beaucoup de pays.

En effet, la mise en oeuvre de cette approche est variable d'un pays à l'autre, selon les conditions sociales, économiques et politiques. Dans les pays où l'infrastructure sanitaire est peu fonctionnelle, la tâche principale est de revitaliser le plus grand nombre de centres de santé primaires, tandis que l'on doit concentrer les efforts sur l'équité et la réduction des disparités là où une masse critique de compétences et de ressources est disponible. Dans tous les cas, nous pensons qu'une approche verticale devrait être découragée et chaque fois que possible il faut promouvoir des activités à base communautaire. C'est la raison pour laquelle nous saluons et nous nous associons aux efforts du Rotary International et de l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite, qui offrent une opportunité de revitaliser les systèmes de santé des pays et de développer les activités communautaires et de surveillance épidémiologique.

La réforme et la revitalisation des services de santé a bénéficié particulièrement de la concertation et de la coopération entre les différents partenaires au développement sanitaire du continent. Nous avons ainsi tenu plusieurs réunions de concertation avec des agences bilatérales, comme la coopération française, et multilatérales, telles que l'OMS et la Banque mondiale.

Pour illustrer ceci, je vous informe qu'une consultation conjointe de trois jours UNICEF-Banque mondiale sur la collaboration pour le développement social en Afrique a été organisée en avril 1996 à Abidjan. Elle a réuni des hauts fonctionnaires des deux organisations ainsi que des observateurs de l'OMS et du Comité d'Experts de l'Initiative de la Banque mondiale "Pour une meilleure Santé en Afrique". Nous avons discuté des moyens de mieux collaborer pour servir les gouvernements africains plus efficacement dans le domaine de l'éducation et de la santé. La réunion a démontré que nous partageons la même perspective sur une vaste gamme de questions politiques et techniques et a permis d'accroître la compréhension mutuelle des procédures et des processus opérationnels entre l'UNICEF et la Banque mondiale. Elle a également été l'occasion de souligner la nécessité de modifier les méthodes, les approches et les structures pour relever les défis de la réduction de la pauvreté en Afrique en accélérant le développement des ressources humaines.

En ce qui concerne en particulier la santé, les participants ont convenu entre autres ce qui suit :

- la réforme du secteur de la santé doit se concentrer sur l'accès universel à des paquets minimums de soins afin de desservir les plus pauvres en Afrique;
- Les ménages et les gouvernements jouent des rôles vitaux et complémentaires dans le cadre de la décentralisation et de la co-gestion communautaire des systèmes de santé;
- il faudrait accroître les budgets publics consacrés à la santé et améliorer leur efficacité en augmentant les enveloppes budgétaires allouées aux services de base et en ciblant les plus pauvres;
- une politique de médicaments essentiels joue un rôle capital dans la prestation des soins de santé.

De plus, les questions non résolues et les étapes suivantes ont été discutées. Je me ferai un plaisir de faire parvenir un exemplaire du rapport à ceux d'entre vous qui seraient intéressés.

Le renforcement des services de santé en Afrique dépend des efforts déterminés consentis dans le cadre d'un leadership énergique des autorités et d'une collaboration efficace des bailleurs de fonds. En ce qui concerne les ressources, l'UNICEF fera de son mieux pour y contribuer et soutiendra les efforts des Ministres de la Santé dans la Région. Nous attendons avec intérêt le renforcement de la coopération, notamment dans le cadre de l'Initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique.

Je vous remercie.

DECLARATION DU DR O. J. KHATIB, REPRESENTANT DU SECRETAIRE GENERAL DE L'OUA

C'est un plaisir pour moi de transmettre à la quarante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, les salutations de Son Excellence le Secrétaire général de l'OUA, absorbé actuellement par les efforts qu'il déploie pour résoudre les conflits qui secouent notre continent. Nous espérons que notre Secrétaire général sera en mesure d'assister aux futures réunions du Comité régional lorsqu'il y aura moins de situations d'urgence complexes sur le continent.

Cette quarante-sixième session du Comité régional intervient après le sommet de juillet 1996. Il est par conséquent opportun que l'OUA présente quelques-unes des décisions qui ont été prises au 32ème Sommet à Yaoundé. On peut citer à cet égard :

La déclaration sur l'éradication de la poliomyélite

Le Conseil des Ministres de l'OUA avait déjà adopté des résolutions similaires; le Secrétariat général de l'OUA communiquera ces décisions au Bureau régional de l'OMS, car certaines de ces décisions demandent que l'on désigne des "Coordonnateurs de la paix" représentant les diverses factions dans les zones de conflit. Cela est indispensable si nous voulons que les efforts visant à éradiquer la poliomyélite soient couronnés de succès.

Excellences, il importe de maintenir l'élan suscité par cette déclaration au cours de la première année qui a suivi son adoption.

Déclaration contre l'abus des drogues

La déclaration contre l'abus des drogues est une importante décision dans notre combat contre ce fléau qui fait beaucoup de ravages parmi les jeunes et les adolescents de notre continent.

Résolution sur le suivi des déclarations de l'OUA sur le SIDA en Afrique

L'OUA, en collaboration avec la Banque mondiale et l'OMS, a entamé le suivi de la mise en oeuvre des déclarations de Dakar (1992) et de Tunis (1994) sur le SIDA en Afrique.

Grâce à un financement accordé par une banque suisse par le canal de la Banque mondiale, une délégation de l'OUA s'est rendue au Ghana, au Cameroun, en Ethiopie et au Malawi en avril 1996 et des dispositions sont actuellement prises pour des missions analogues au Zimbabwe, au Mozambique, en Côte d'Ivoire et en Sierra Leone en octobre 1996. L'OUA reste en contact à ce sujet avec le Président en exercice (Cameroun).

La coopération entre l'OUA, la Banque mondiale et l'OMS a permis à l'OUA d'élaborer un cadre pour l'évaluation de la mise en oeuvre des Déclarations de l'OUA sur le SIDA par les Etats Membres.

En avril 1995, lors de la 5ème Conférence des Ministres africains de la Santé, un projet de protocole sur la santé a été présenté et discuté. Le Secrétariat a rassemblé les propositions formulées au cours de cette réunion et vous les fera distribuer au cours de la présente session du Comité régional pour recueillir toute autre observation à ce sujet.

Excellences, il y a trop de conflits en Afrique aujourd'hui, de sorte que notre continent compte actuellement plus de 8 millions de réfugiés et plus de 20 millions de personnes déplacées. Ces populations ne disposent pas de services de santé organisés à leur intention et constituent un lourd fardeau pour les systèmes de santé des pays qui leur accordent un asile politique. Nous pensons que le Comité régional devra se pencher sur cette question dans l'avenir.

Excellences, l'OUA continuera à coopérer avec l'OMS et avec les autres institutions des Nations Unies ainsi qu'avec les organisations intergouvernementales (OIG) et les organisations non gouvernementales (ONG) pour améliorer la santé de tous les Africains.

L'OUA continuera également à apporter à l'OMS le soutien politique dont cette organisation a besoin pour prendre ses décisions. En ce qui concerne la demande de l'OMS d'inscrire le paludisme à l'ordre du jour du prochain sommet, l'OUA est disposée à coopérer avec l'OMS sur cette question très importante. Pour ce qui est de l'Initiative spéciale des Nations Unies, nous espérons que les honorables délégués seront les promoteurs de cette Initiative pour que d'autres secteurs puissent contribuer activement à son succès.

Je vous remercie de votre attention.

LISTE DES DOCUMENTS

- AFR/RC46/1 Rév.3 - Ordre du jour
- AFR/RC46/2 - Projet de Budget Programme 1998-1999
- AFR/RC46/2 Corr.1, 2* - Projet de Budget Programme 1998-1999
- AFR/RC46/3 - Activités de l'OMS dans la Région africaine : Rapport annuel du Directeur régional, 1995
- AFR/RC46/4 - Modalités de mise en oeuvre des résolutions d'intérêt régional adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif
- AFR/RC46/5 - Ordres du jour de la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif et de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC46/6 - Méthode de travail et durée de l'Assemblée mondiale de la Santé
- AFR/RC46/7 - Rapport du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC46/8 - Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine
- AFR/RC46/9 - Actualisation de la stratégie de la santé pour tous dans la Région africaine
- AFR/RC46/10 - Création d'un Centre régional africain de la Santé et de l'Environnement
- AFR/RC46/11 - Rapport des Discussions techniques
- AFR/RC46/12 - Désignation du Président et du Président suppléant des Discussions techniques de 1997
- AFR/RC46/13 - Choix du sujet des Discussions techniques de 1997
- AFR/RC46/14 - Dates et lieux de la quarante-septième et de la quarante-huitième sessions du Comité régional
- AFR/RC46/15 - Projet de rapport du Comité régional
- AFR/RC46/16 - Programme de travail du Sous-Comité du Programme
- AFR/RC46/17 - Répartition par pays des fonctions exercées au cours des Comités régionaux précédents
- AFR/RC46/19 - Liste provisoire des participants
- AFR/RC46/20 - Examen de la mission et des fonctions de l'OMS
- AFR/RC46/21 - Initiative spéciale du système des Nations Unies pour l'Afrique : Stratégie de mise en oeuvre dans le secteur de la santé
- AFR/RC46/22 - Rapport du Sous-Comité du Programme tenue le 9 septembre 1996

* Français seulement.